Capitolul 4.

Obiective educationale:

- **sa poata descrie caracteristicile epidemilogice ale principalelor boli cronice**
- **sa comenteze caracteristicile epidemilogice ale principalelor boli cronice in Romania**

Epidemiologia bolilor netransmisibile

Caracteristici epidemiologice ale bolilor netransmisibile:

Bolile netransmisibile reprezintă o problemă importantă de sănătate publică, fiind principala cauză de mortalitate şi de morbiditate la nivel mondial. Aceste afecţiuni au câteva caracteristici epidemiologice comune, după cum urmează:

- nu au o etiologie cunoscută;
- perioada de latență este mare;
- debutul este greu de reperat în timp;
- necesită un management susținut, pe o perioadă de mai mulți ani, chiar decenii;
- apar atât în statele bogate, cât şi în cele sărace, ceea ce reflectă modificarea comportamentului alimentar, scăderea nivelului de activitate fizică şi creşterea consumului produselor din tutun la nivel mondial, ca rezultat al urbanizării, industrializării, dezvoltării economice şi globalizării pieței alimentare. Totuşi, cea mai mare parte a deceselor prin boli cronice provine din ţările sărace, aceste boli având un impact mult mai mare în populațiile sărace sau marginalizate şi fiind responsabile de mari disparități in starea de sănătate atât între state, cât şi în interiorul acestora.
- există mai mulți factori de risc implicați în apariția bolilor cronice (au caracter plurifactorial), între care pot exista relații aditive, antagonice sau, cel mai frecvent, multiplicative. Astfel, asocierea diabetului zaharat cu hipertensiunea arterială creşte de 19 ori riscul de accident vascular cerebral.
- factorii de risc au efecte diferite, în raport cu diferiți bolnavi;
- cea mai mare parte a poverii acestor boli în populație* este determinată de un număr relativ redus de factori de risc (fumatul, consumul de alcool, comportamentul alimentar, inactivitatea fizică şi carcinogenii din mediu), care acționează independent sau adesea combinați. Modificarea comportamentului alimentar, creşterea nivelului de activitate fizică şi controlul consumului de tutun ar putea avea un impact major în reducerea incidenței bolilor cronice într-un interval de timp relativ scurt.

- sunt o consecință explicabilă a tranziției demografice, caracterizată prin creşterea prevalenței populației vârstnice şi a speranței de viață a populației, având ca urmare creşterea expunerii la factori de risc şi deci creşterea prevalenței bolilor cronice;
- necesită intervenții susținute la nivel internațional şi național, pentru a fi prevenite şi controlate, deoarece determină costuri uriaşe atât pentru pacienți, cât şi pentru societate în ansamblu, putând deveni un obstacol serios în calea dezvoltării socio-economice.

Tendințe pe plan mondial:

Organizația Mondială a Sănătății estimează că bolile cronice determină 60% din cele aproape 60 milioane decese/an la nivel mondial şi 46% din povara globală a bolilor si că povara determinată de aceste boli (cancere, diabet, boli cardiovasculare, accidente vasculare cerebrale, boli respiratorii cronice şi boli psihice) va creşte la 60 – 70% în anul 2020.

Incidența bolilor netransmisibile este semnificativ mai mare în rândul populațiilor sărace. Astfel, țările cu venituri mici şi mijlocii au cea mai mare contribuție în creşterea poverii bolilor cronice. India şi China, de exemplu, au mai multe decese datorate bolilor cronice decât toate țările dezvoltate la un loc. De asemenea, în 1998, 77% din decesele prin boli cronice au apărut în țările cu venituri mici şi mijlocii, care erau responsabile şi de 85% din povara totală determinată de aceste boli.

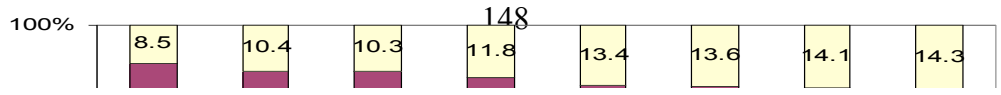
În Europa, 75% din povara bolii exprimată prin DALY în anul 2000 este atribuibilă acestor afecțiuni şi se aşteaptă ca, până în anul 2020, procentul să crească până la 80%. Creşterea marcată a prevalentei acestui tip de afecțiuni este responsabilă de scăderea duratei medii a vieții, de creşterea nivelului de mortalitate şi de scăderea calității vieții atat în regiunea europeană cat şi în întreaga lume.

Organizația Mondială a Sănătății estimează că principalii factori de risc pentru bolile cronice sunt fumatul, colesterolul crescut, hipertensiunea arterială, obezitatea şi consumul de alcool şi că schimbarea obiceiurilor alimentare, creşterea activității fizice şi renunțarea la fumat **pot avea un impact major în scăderea incidenței bolilor cronice pe termen scurt, prevenind 80% din bolile coronariene, 90% din cazurile de diabet zaharat tip 2 şi o treime din cancere.**

Tendințe pe plan național:

În România modelele de morbiditate şi mortalitate au suferit modificări importante în ultimele decenii, în sensul creşterii prevalenței bolilor cronice şi a mortalității de această cauză, în contextul creşterii ponderii populației vârstnice, asociată cu acțiunea multiplă a factorilor de risc biologici, de mediu, comportamentali şi cu influența condițiilor socio-economice şi a serviciilor de sănătate. Ponderea populației vârstnice (65 de ani şi peste) a crescut de la 8,5% în anul 1970, la 14,3% în anul 2003, conform graficului nr.1, fiind aproape de media europeană (14,08% - *Health for All*), dar cu o pantă mult mai abruptă,

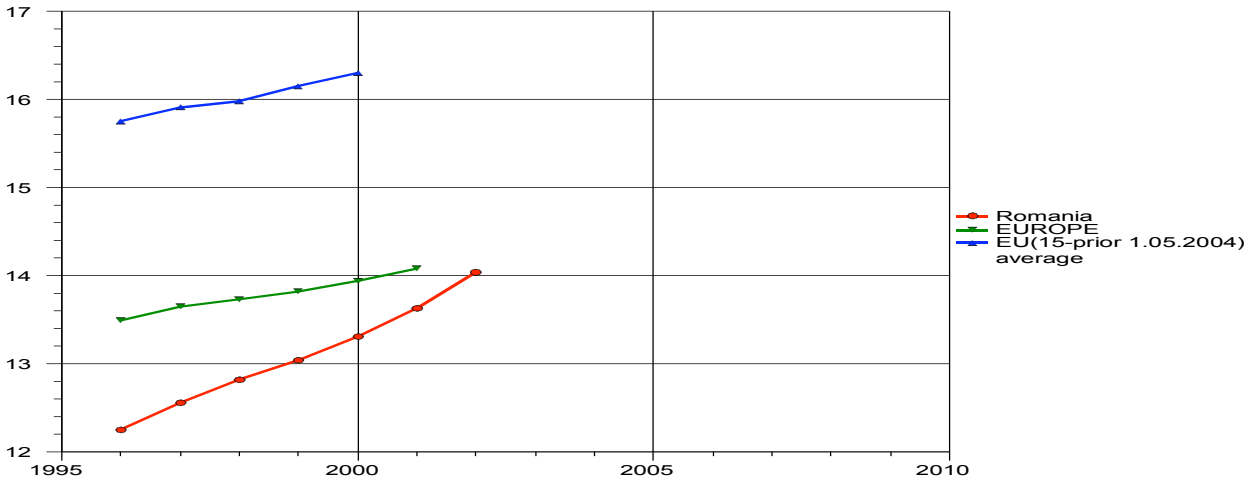
Graficul nr. 1 - Ponderea populatiei pe categorii de varsta, in Romania, in perioada 1970 - 2003



Sursa: Centrul de Calcul şiStatistică Sanitară Bucureşti

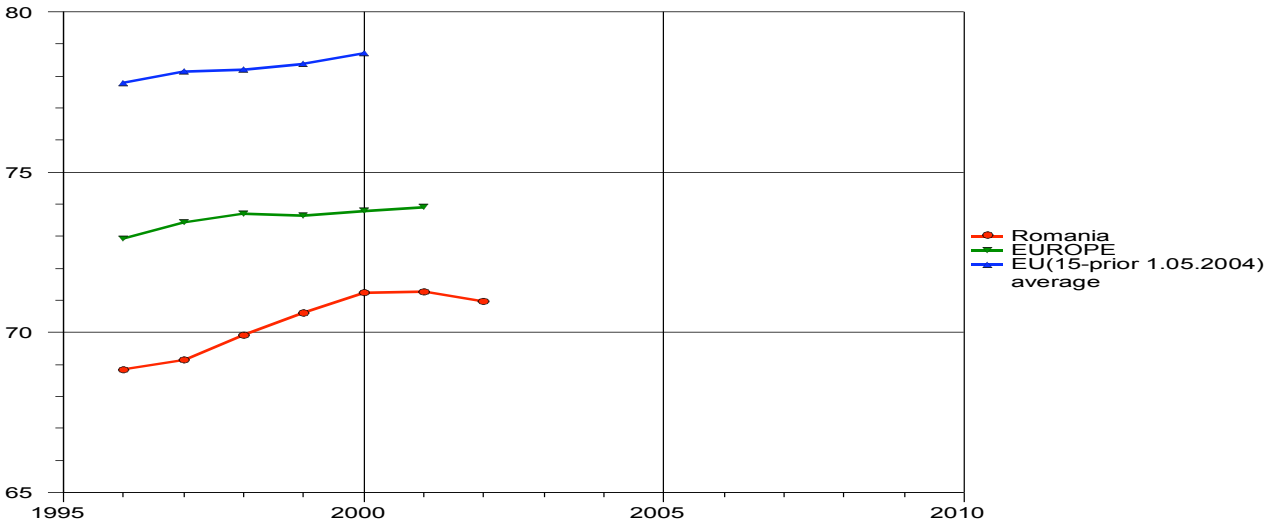
atât față de media europeană, cât şi față de U.E., (graficul nr. 2.), în condițiile în care speranța de viață la naştere este cu 2 ani mai mică decât media europeană şi cu o tendință de scădere (graficul nr. 3)

Graficul nr. 2 - Ponderea populației de 65 de ani şi peste în Romania, față de Europa şi Statele membre UE



Sursa: Health for All

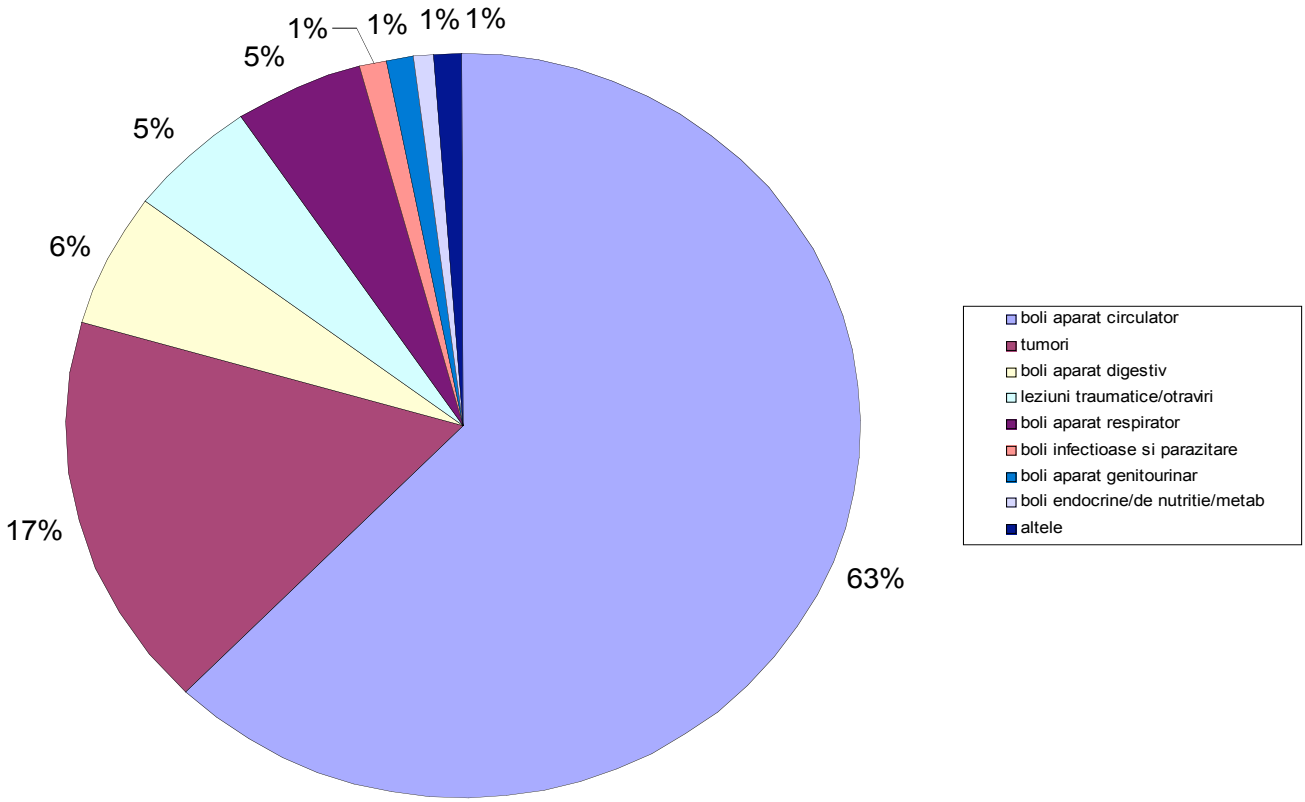
Graficul nr. 3 – Speranța de viață la naştere în România şi în Europa, în perioada 1995 – 2002



Sursa: Health for All

Mortalitatea pe cauze în anul 2004 relevă că cele mai importante cauze de deces în România sunt bolile aparatului cardiovascular, urmate de tumori, boli digestive, leziuni traumatice şi otrăviri şi bolile aparatului respirator, conform graficului nr. 4.

Graficul nr. 4 - Structura deceselor pe cauze, Romania, 2004



Sursa: Centrul de Calcul şiStatistică Sanitară Bucureşti

De asemenea, în ceea ce priveşte anii de viață potențial pierduți prin decese premature (înainte de împlinirea vârstei de 65 de ani) – PYLL (potential years of life lost), pentru anul 2003 în România s-au pierdut 1265684 ani de viață potențiali, dintre care 21% prin accidente, 21% prin boli cardio şi cerebrovasculare, 17% prin tumori şi 10% prin boli respiratorii, conform tabelului nr. 1.

Tabelul nr. 1 - Anii de viata potențial pierduți prin decese premature, România, 2003

Cauza decesului prematur	PYLL – nr. absolut	% din PYLL
accidente	267973.4	21.17

boli cardiovasculare	260876.2	20.61
tumori	214867	16.98
boli resp	128466.6	10.15
boli dig	107004.6	8.45
altele	286496.1	22.64
total	1265683.9	100

Sursa datelor primare: Centrul de Calcul şiStatistică Sanitară Bucureşti

Structura DALY pe cauze pentru anul 1998 a relevat că cea mai mare povară în populaţie o exercitau bolile aparatului cardiovascular, tumorile, tulburările mentale şi de comportament, accidente traumatisme, otrăviri şi respectiv bolile sistemului nervos central, conform tabelului nr. 2.

Tabelul nr. 2 – Structura DALY pe cauze, România, 1998

boala	Cod ICD- revizia a 10-a	%DALY
boli cardiovasculare	445-497	31.88
tumori maligne	80-176	10.1
tulb mentale/de comportament	306-355	9.98
accid, traumatisme, otrăviri	879-975	8.89
boli SNC	356-397	7.26
boli aparat digestiv	543-591	6.32
boli aparat respirator	498-542	5.72
boli infecţioase	001-079	1.95
malformaţii congenitale	821-868	1.64
boli perinatale	778-820	1.23
boli aparat genito-urinar	670-732	1.09
boli endocrine şi de metabolism	234-240;246-298	1.04
boli de sânge/org. hematologice	203-233	0.93
diabet	241-245	0.58
boli aparat osteo-articular	626-669	0.35
sarcină, naştere, lăuzie,	733-777	0.31
tulburări mintale organice	299-305	0.24
tuberculoza	177-202	0.04
boli ţesut subcutanat	592-625	0.03
alte boli		10.41
total		100

Sursa: Anii de viata potenţiali ajustaţi pentru incapacitate (DALY) – criteru de identificare a problemelor de sănătate la nivel de judeţ – Marcu, A., Galan, A., Vitcu, L., Rădulescu, S., Management în sănătate, nr. 3/2000

Pe baza argumentelor enunţate se poate afirma că în România bolile cardio si cerebrovasculare, tumorile, bolile pulmonare cronice, bolile digestive şi bolile psihice reprezintă probleme majore de sănătate publică, o mare parte dintre acestea constituind direcţii de acţiune ale programelor naţionale de sănătate.

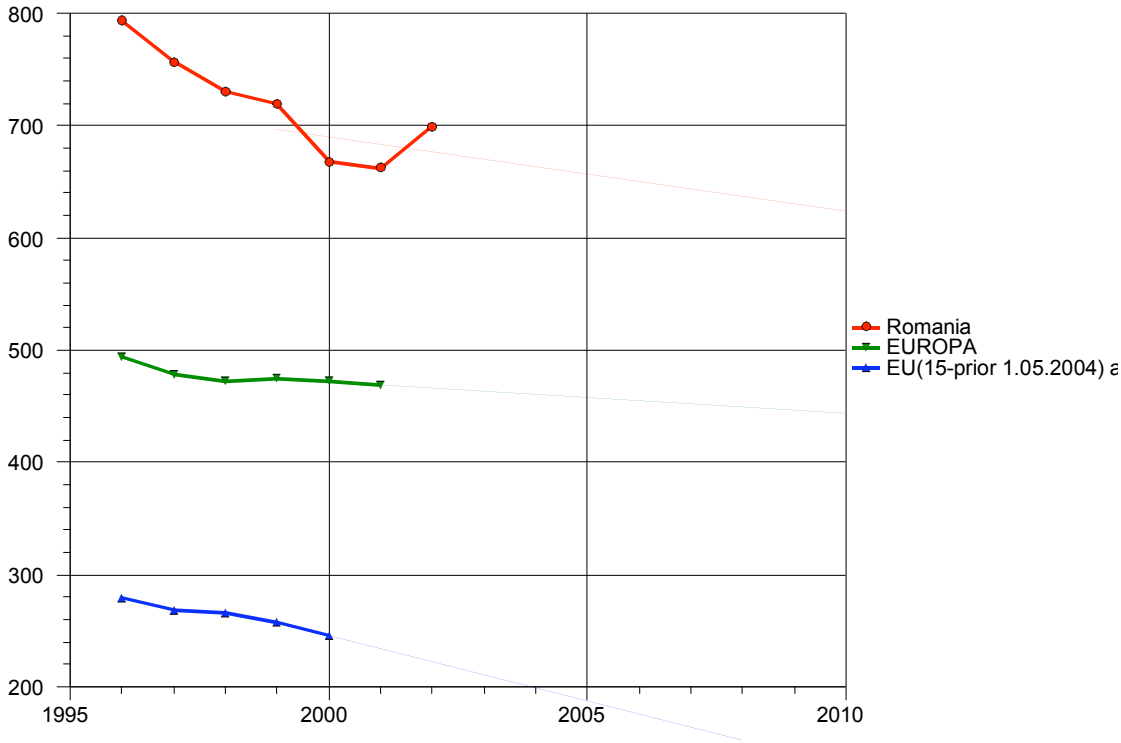
1. BOLILE CARDIO ŞI CEREBROVASCULARE:

Bolile cardio şi cerebrovasculare reprezintă principala cauză de deces la nivel mondial şi nu au graniţe georgrafice, economice sau sociale. Anual apar în lume 32 de milioane de cazuri noi de boli cardio şi cerebrovasculare, dintre care 16,7 milioane sunt fatale (29,2% din totalul deceselor la nivel mondial). Din numărul total al deceselor, 7,2 milioane se produc prin cardiopatie ischemica, 5,5 milioane prin boala cerebrovasculara si aproximativ 4 milioane prin hipertensiune arteriala.

Prevalenţa acestor boli nu este cunoscută, dar Organizaţia Mondială a Sănătăţii estimează că anual supravieţuiesc unui infarct miocardic sau unui accident vascular cerebral peste 20 de milioane de indivizi, dintre care o mare parte necesită ulterior ingrijiri medicale şi sociale foarte costisitoare.

În România, bolile cardio şi cerebrovasculare reprezintă, de asemenea, principala cauză de mortalitate, fiind responsabile de 63% din numărul total al deceselor în anul 2004. Rata standardizată de mortalitate prin aceste boli se situează cu mult deasupra mediei europene, fiind de peste trei ori mai mare decât media statelor membre UE, conform graficului nr. 5.

Graficul nr. 5 - Rata standardizată de mortalitate prin boli cardio şi cerebrovasculare în Romania (decese/100000 locuitori), comparativ cu cea europeana si cea a statelor membre UE



Din această categorie de boli, cele mai importante pentru România sunt:

- hipertensiunea arterială;
- cardiopatia ischemică;
- bolile cerebrovasculare.

1.1. Hipertensiunea arterială

Hipertensiunea arterială reprezintă afecțiunea cardiovasculară cea mai răspândită în populație şi una dintre cele mai importante probleme de sănătate publică. Se defineşte ca o creştere persistentă a tensiunii arteriale sistolice şi distolice peste valorile de 140/90 mmHg.

Hipertensiunea arterială esențială reprezintă aproximativ 85% din cazurile de hipertensiune şi este recunoscută ca fiind un factor de risc major pentru ateroscleroza cu localizare în special **coronariană, cerebrală şi renală.**

Organizația Mondială a Sănătății estimează că între 15 şi 37% din populația adultă a globului suferă de hipertensiune arterială, iar la grupa de vârstă de 60 de ani şi peste, ponderea hipertensivilor depăşeşte 50%. în lume există circa 600 milioane de hipertensivi cu risc de infarct miocardic sau accident vascular cerebral, iar femeile cu hipertensiune arterială au un risc de boli cardiovasculare de 3,5 ori mai mare decât cele cu tensiune arterială normală.

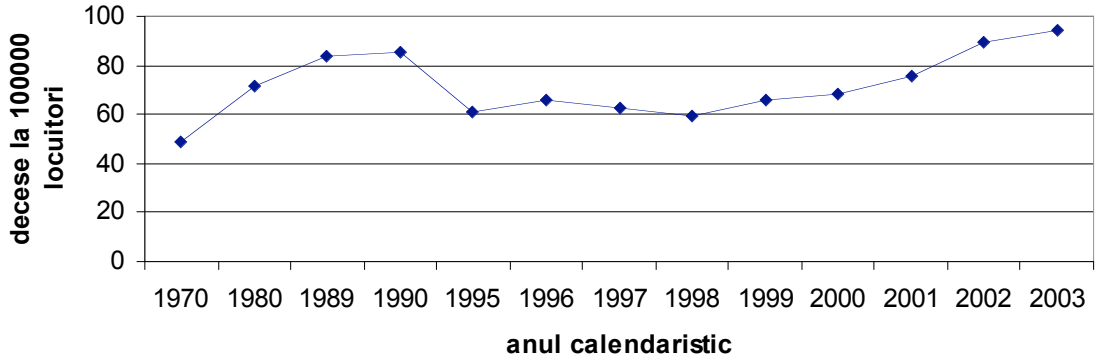
Numeroase studii relevă că hipertensiunea arterială este mai comună, mai rar şi mai superficial tratată în Europa, față de Statele Unite ale Americii şi Canada. Un studiu recent efectuat în SUA, Canada şi sase state europene a relevat că tensiunea arterială medie a fost de 136/83 mmHg în Europa, față de 127/77 în SUA şi Canada.

Se estimează că hipertensiunea arterială afectează 28% dintre americani şi 27% dintre canadieni. Prevalența ei este mult mai mare în statele europene, respectiv 55% în Germania, 49% în Finlanda, 47% în Spania, 42% în Marea Britanie şi 38% în Suedia şi Italia. În țările din America latină prevalența hipertensiunii arteriale se estimează între 8 şi 30%.

La nivel mondial hipertensiunea arterială este responsabilă de circa 5 milioane de decese (peste 9% din numărul total al deceselor), de 4 milioane de decese premature, de 49% din cazurile de infarct miocardic şi de 62% din accidentele vasculare cerebrale.

În România, s-au înregistrat pentru anul 2004 19534 de decese având drept cauză hipertensiunea arterială, reprezentând 7,5% din totalul deceselor. Decesele având drept cauză hipertensiunea arterială au crescut de la 48,6 la %000 de locuitori în anul 1970, la 94,6%000 în 2003, după cum se observă în graficul alăturat.

Graficul nr. 6 - Mortalitatea prin HTA, Romania, 1970 - 2003



Sursa: Anuar de statistică sanitară, 2003

1.2. Cardiopatia ischemică

Cardiopatia ischemică reprezintă una dintre cele mai comune boli cardiovasculare şi de clasifică, după OMS, în:

- dureroasă (angina pectorală, infarctul miocardic şi angina instabilă);
- nedureroasă (moartea subită coronariană, tulburări de ritm şi de conducere şi insuficienţa cardiacă de origine ischemică)

Conform datelor furnizate de Organizaţia Mondială a Sănătăţii şi de Asociaţia Americană a Inimii, infarctul miocardic şi accidentul vascular cerebral sunt responsabile de un număr de decese de două ori mai mare decât decesele produse de toate cancerele la un loc.

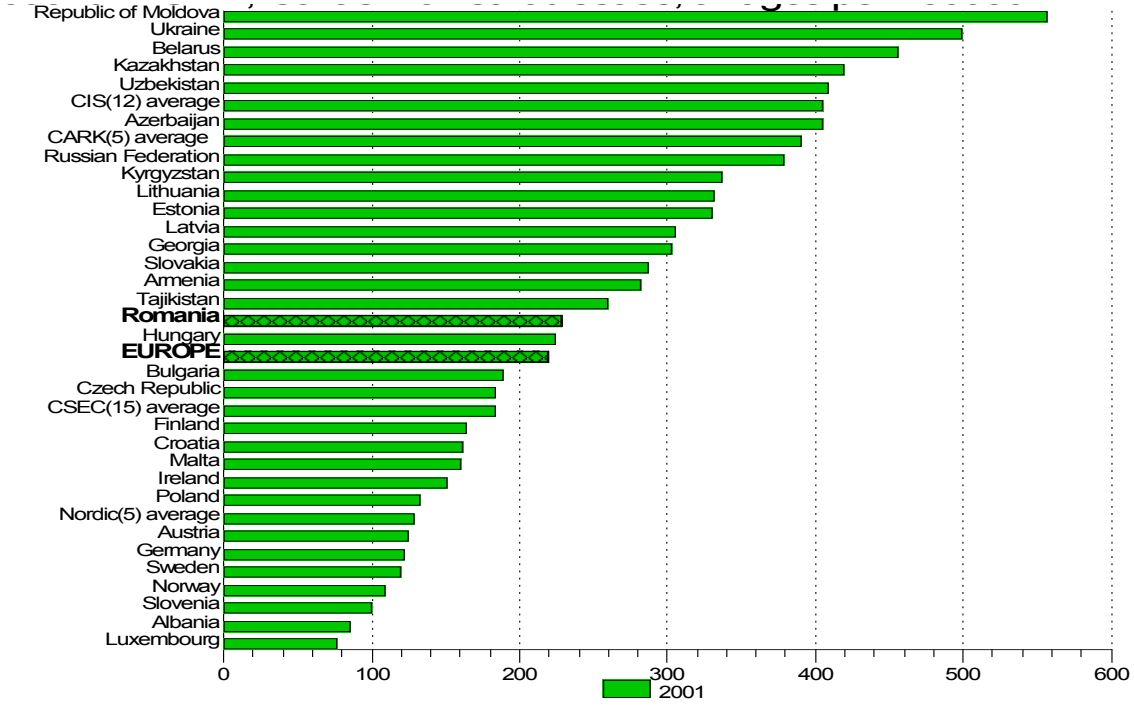
În anul 2001 bolile cardiovasculare au determinat circa o treime din decesele din lume, iar ţările sarace au contribuit cu 85% la totalul deceselor prin boli cardiovasculare. Cardiopatia ischemică a determinat 7,2 milioane de decese în anul 2001. Se estimează că în anul 2020 se vor înregistra circa 25 milioane decese prin boli cardiovasculare la nivel mondial, iar 71% dintre acestea vor surveni în ţările în curs de dezvoltare.

În Europa, bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză de deces, determinând anual circa 4 milioane de decese, respectiv aproape jumătate din numărul total de decese (55% din totalul deceselor la femei şi 43% din totalul deceselor la bărbaţi). Aproximativ o jumătate din decesele prin boli cardiovasculare sunt determinate de cardiopatia ischemică, responsabilă de aproape 2 milioane decese anual.

În Uniunea Europeana situaţia este asemănătoare: bolile cardiovasculare sunt, de asemenea, principala cauză de deces, însumand circa 1,5 milioane decese anual, respectiv 42% din totalul deceselor. Cardiopatia ischemică determină anual circa 600000 decese, respectiv 1 din 6 decese la bărbaţi şi 1 din 7 decese la femei.

Rata standardizată de mortalitate prin boli cardiovasculare, pe ţări, este redată în graficul nr. 7 si se observa ca Romania se situeaza imediat deasupra mediei europene.

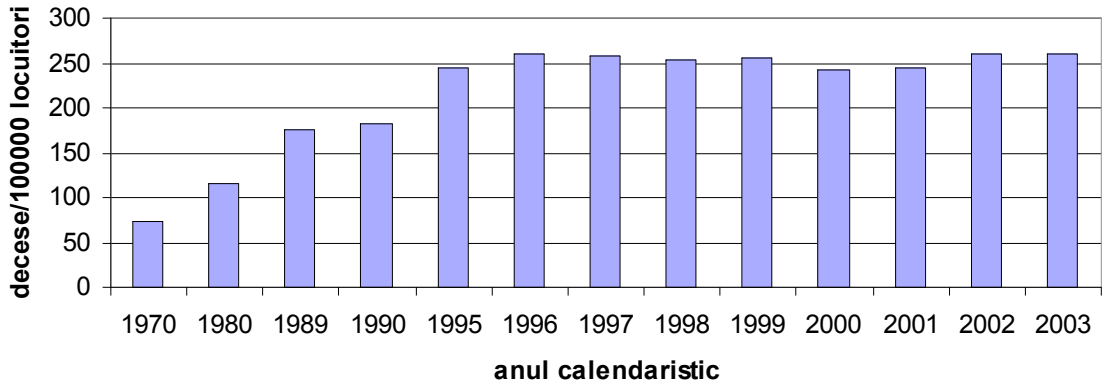
Graficul nr. 7 - Rata standardizata de mortalitate prin cardiopatie ischemica, in Europa, in 2001.



Sursa: Health for All

În România s-au înregistrat, în anul 2004, 53.820 decese prin cardiopatie ischemică, reprezentând circa 21% din numărul total de decese. Mortalitatea specifică prin cardiopatie ischemică a manifestat o tendinţă constantă în ultimii ani, după cum se observă în graficul nr. 8.

Graficul nr. 8 - Mortalitatea prin cardiopatie ischemica, Romania, 1970 - 2003



Sursa: Anuar de statistica sanitara, 2003

1.3. Bolile cerebrovasculare

Bolile cerebrovasculare reprezintă o cauza importantă de morbiditate şi mortalitate şi au drept cauze principale ateroscleroza si hipertensiunea arterială. În studiul Framingham s-a constatat că incidența accidentului vascular cerebral a fost de 5 ori mai mare la persoanele hipertensive. Se admite că pentru creşterea tensiunii arteriale cu 10 mmHg, riscul producerii unui accident vascular creşte cu 10%. De asemenea, diabetul zaharat creşte de 10 ori riscul de accident vascular, iar asocierea cu hipertensiunea arterială multiplică acest risc de 19 ori. Alți factori de risc pentru producerea accidentului vascular cerebral sunt obezitatea, alcoolismul, sedentarismul şi pattern-ul comportamental.

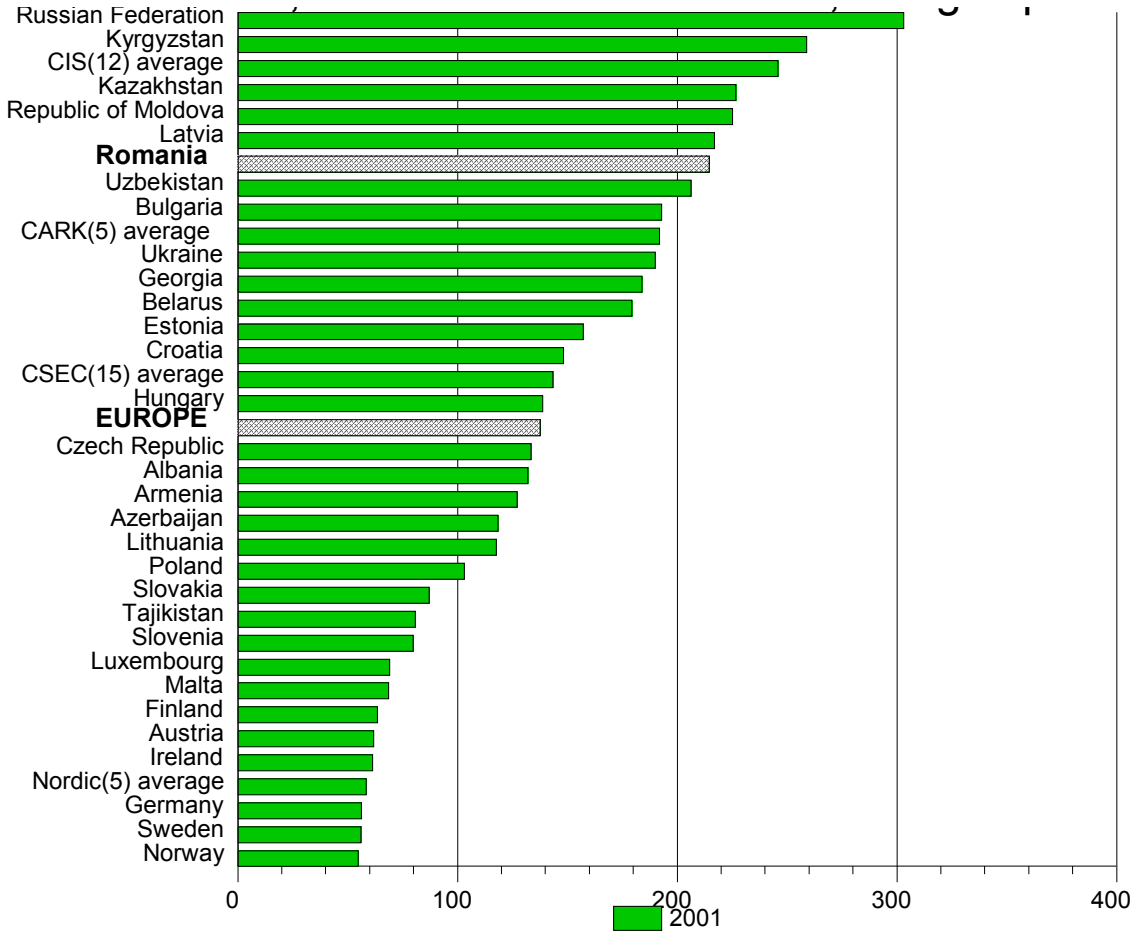
Conform Organizației Mondiale a Sănătății, în anul 2001 s-au înregistrat 5,5 milioane decese prin accidente vasculare cerebrale şi anual circa 15 milioane de persoane supraviețuiesc unui accident vascular minor. Letalitatea prin accidente vasculare cerebrale este de 11% pentru femei şi 8,4% pentru bărbați.

În Statele Unite ale Americii există circa 4.800.000 de persoane care au supraviețuit unui accident vascular cerebral. Circa 700.000 de americani suferă în fiecare an un accident vascular cerebral, dintre care 500.000 sunt la primul accident, iar 200.000 au un episod recurent. În perioada 1991 – 2001 mortalitatea specifică prin accidente vasculare cerebrale a scăzut cu 3,4%, dar numărul absolut de decese a crescut cu 7,7%.

În Canada se înregistrează anual circa 50.000 accidente vasculare cerebrale, dintre care 60% apar la femei şi 16.000 de decese de această cauză. Există circa 300.000 de canadieni care cu complicații în urma unui accident vascular cerebral, iar costul îngrijirii lor se ridică la 2,7 miliarde $ anual (în medie 9000$/pacient anual).

În Europa, cele mai mari rate standardizate de mortalitate prin boli cerebrovasculare se întâlnesc în Rusia, unele state din fosta URSS, Moldova, Letonia şi România, care se află pe locul 6, cu o rată aproape dublă față de media europeană, după cum se observă în graficul nr. 9.

Graficul nr. 9. – Rata standardizată de mortalitate prin boli cerebrovasculare în Europa, in anul 2001

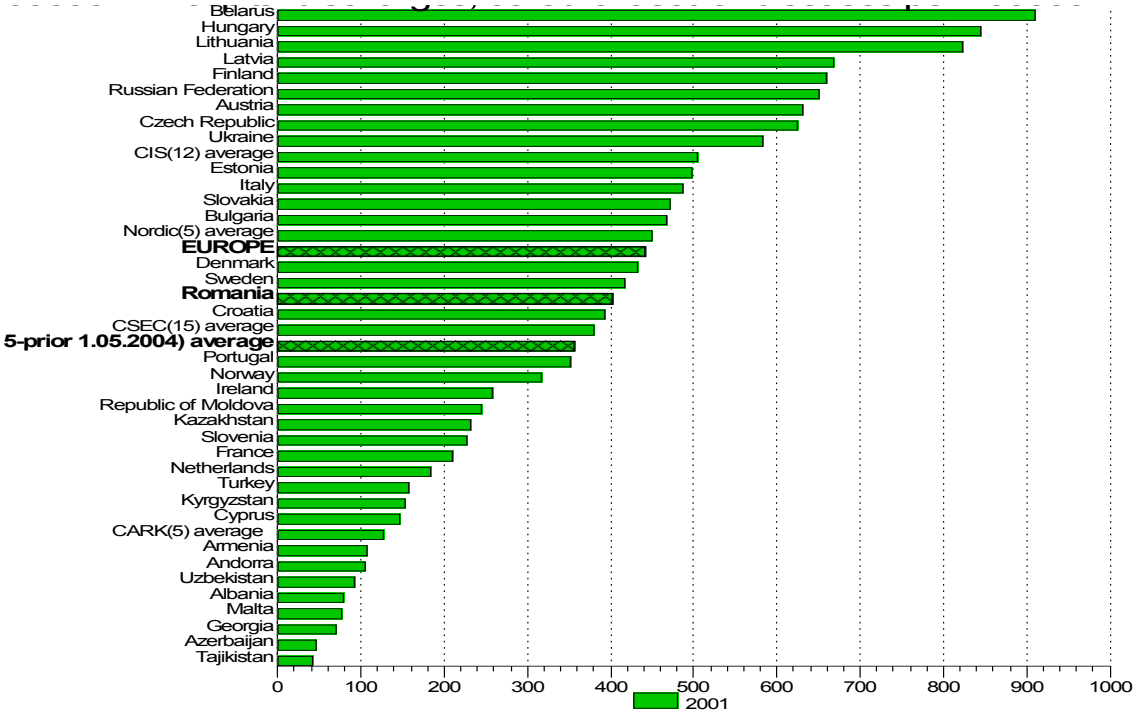


Sursa: Health for All

Situatia se mentine la grupa de vârstă 0 – 64 de ani (categoria deceselor premature), România aflandu-se pe locul 7, după Rusia, foste state sovietice, Moldova, Bielorusia şi Ucraina, cu o rata standardizata de deces cu peste 50% mai mare decat cea europeană).

O situație oarecum paradoxală se observă în ceea ce priveşte numărul de externări prin boli cerebrovasculare la suta de mii de locuitori (graficul nr. 10). Astfel România se află sub media europeană la externări, şi cu mult sub valorile înregistrate în țări cu rate de mortalitate standardizată prin boli cerebrovasculare mult mai mici decât în România, fapt ce poate fi explicat printr-o accesibilitate mai redusă la serviciile spitalicesti in România, comparativ cu alte state europene .

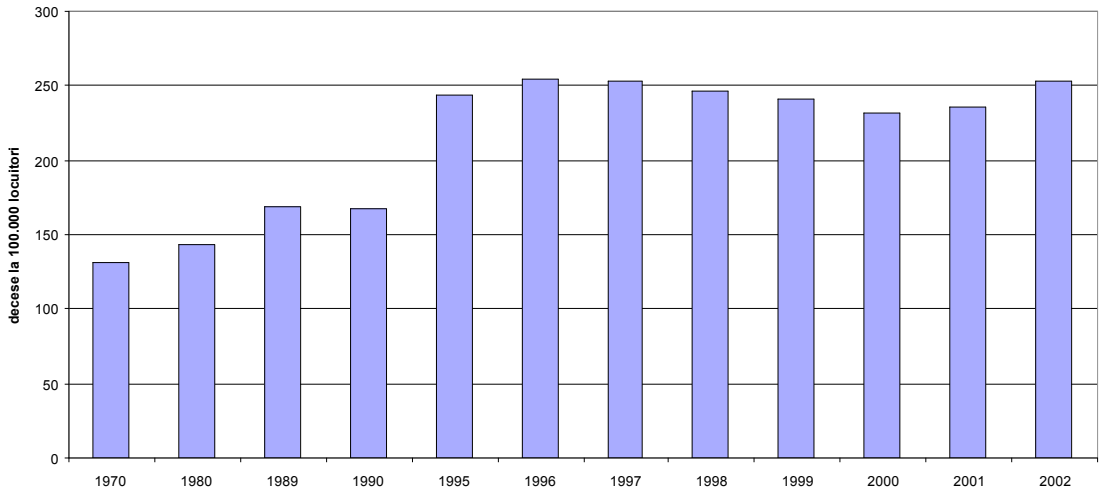
Graficul nr. 10 - Rata de externare prin boli cerebrovasculare, la 100.000 de locuitori, în statele europene



Sursa:health for All

În anul 2004 s-au înregistrat în România 54.011 decese prin boli cerebrovasculare (20,86% din totalul deceselor). Evoluția mortalității prin boli cerebrovasculare este ilustrată în graficul nr.11.

Graficul nr. 11 - Evolutia mortalitatii prin boli cerebrovasculare in Romania, in perioada 1970 - 2002



Sursa:

Anuar de statistică sanitară, 2002

2. Tumori

Cancerul înregistrează o răspândire din ce în ce mai mare la nivel mondial, anual fiind înregistrate peste 10 milioane de cazuri noi şi 7,1 milioane de decese, respectiv 12,5% din numarul total al deceselor. Se estimează că în anul 2020, vor exista circa 15 milioane de cazuri noi de cancer anual. În lume există circa 20 de milioane de indivizi care suferă de cancer, mai mult de jumătate dintre ei trăiesc in ţările în curs de dezvoltare şi se estimează acest număr va creşte la 30 de milioane.

Primul factor de risc incriminat in aparitia cancerelor este tutunul (responsabil de 30% din decesele prin cancer), iar al doilea este dieta, care determina circa 30% din tumori in tarile dezvoltate si 20% in tarile in curs de dezvoltare. În ultimii ani numeroase studii au evidenţiat legătura între supragreutat/obezitate şi numeroase tipuri de cancer (esofag, colon, sân, endometru, rinichi), în timp de activitatea fizică regulată pare să constituie un factor de protecţie faţă de apariţia cancerului de colon ţi de sân.

Se consideră ca factorii comportamentali (fumatul, dieta, patternul activităţii fizice) si de mediu (fizic şi ocupaţional) joacă un rol major în apariţia cancerului, mai important decât factorii genetici.

Importanţa cancerelor ca şi cauză de deces este in creştere, iar incidenţa unor tipuri de cancer (bronhopulmonar, colon şi rect, sân, prostată) creşte paralel cu nivelul de dezvoltare economică. În general cancerul se asociază cu statusul socio-economic, expunerea la principalii factori de risc fiind mai mare in populaţiile cu nivel educativ scăzut. Adiţional, pacientii cu un nivel socio+economic mai scăzut au şi rate mai mici de supravieţuire.

În Europa, s-au înregistrat în anul 2000 2.777786 cazuri noi de cancer şi 1709513 decese datorate tumorilor.

Tumorile constituie a doua cauza de deces în România, fiind răspunzătoare de circa 15% din totalul deceselor. Incidenţa şi prevalenţa tumorilor sunt în creştere, în lume, în Europa şi în România. În România, principalele cauze de morbiditate şi mortalitate prin tumori sunt următoarele:

- cancerul de sân;
- cancerul de col uterin;
- cancerul bronhopulmonar;
- cancerul de colon şi rect.

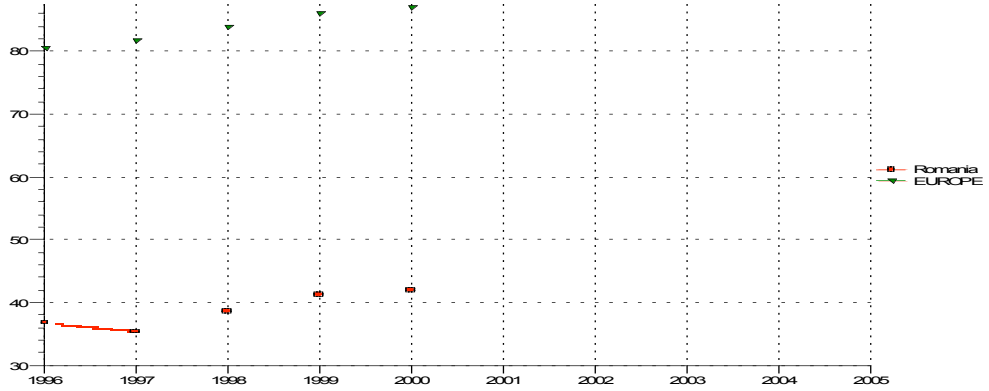
2.1. Cancerul de sân

Cancerul de sân reprezintă cea **mai frecventă formă de tumoră** la femei şi **prima cauză de mortalitate prin cancer** în rândul acestora, determinând anual peste 1 milion de cazuri noi şi peste 370.000 de decese, respectiv 6% din decesele determinate de toate tipurile de cancer. Cazurile noi provin într-o pondere de 55% din ţările dezvoltate şi respectiv de 45% din statele mai sărace. (***Globocan, estimări pentru toate statele, pentru anul 2000***)

Această boală este importantă atât prin nivelul mare de morbiditate (10% din toate tipurile de cancer, înregistrate la ambele sexe), cât şi prin faptul că este prevenibilă şi potențial curabilă, atunci când este diagnosticată în stadii precoce, costurile pentru societate fiind mai mici, iar rezultatele măsurate în termeni de ani de viață câştigați şi calitate a vieții.

În Europa, incidența cancerului de sân la toate vârstele este în creştere în ultimii ani, după cum se observă din graficul nr. 12.

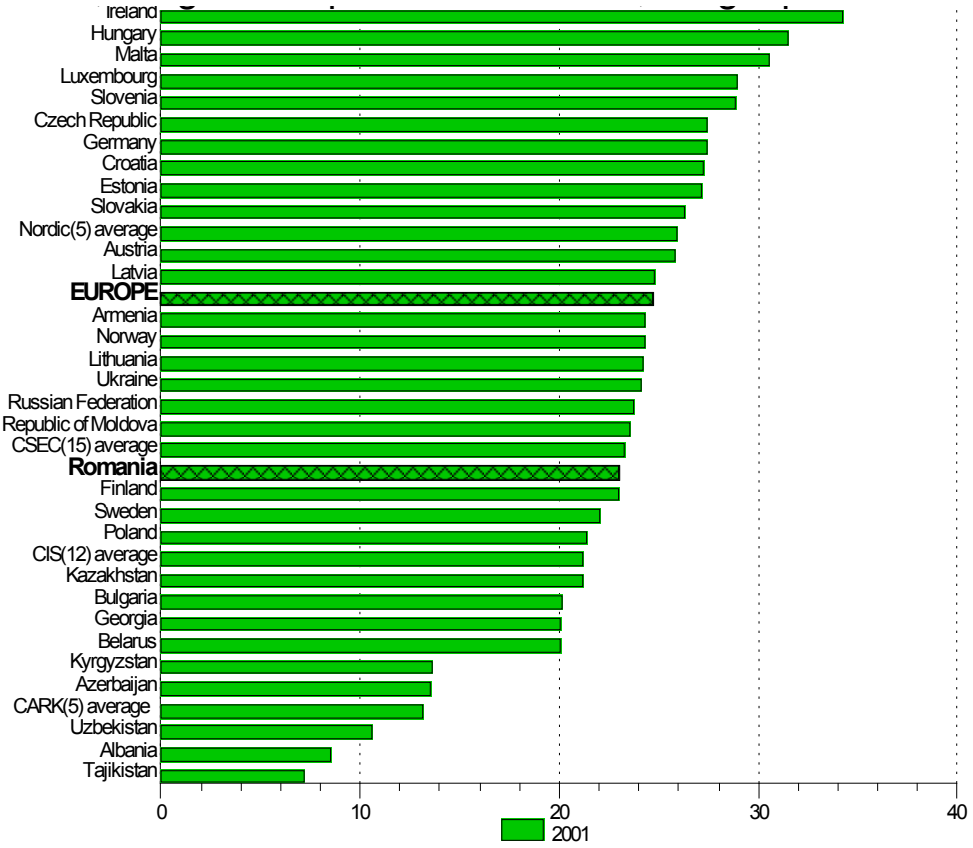
Graficul nr. 12 - Incidența cancerului de sân la femei, la 100000, în Europa şi în Romania



Sursa:Health for All

România se află la jumătatea mediei europene, din punct de vedere al incidenței cancerului de sân, dar acest lucru este determinat, probabil, şi de diagnosticarea tardivă a cazurilor. Din punct de vedere al ratei standardizate de mortalitate, România se situează aproape de media europeană, aşa cum se observă în graficul nr. 13.

Graficul nr. 13 - Rata standardizată de mortalitate prin cancer de sân la femei, în Europa, la 100000 locuitori



Sursa: Health for All

La decesele premature (până la vârsta de 64 de ani), România este foarte aproape de media europeană, ce ce se explică prin faptul că în ţara noastră se înregistrează decese prin cancer de sân la vârste tinere, aceasta constituind o reală problemă de sănătate şi necesitând intervenţii prompte în sensul depistării precoce şi îmbunătăţirii managementului acestei boli (incluzând si creşterea accesibilităţii la servicii preventine şi curative).

In anul 2003, in Romania s-au inregistrat 3007 decese prin cancer de san, respectiv 17% din totalul deceselor prin cancer la femei, aceasta fiind prima cauza de mortalitate prin tumori la femei. De esemenea, mortalitatea prin cancer de sân s-a dublat in ultimii 30 de ani.

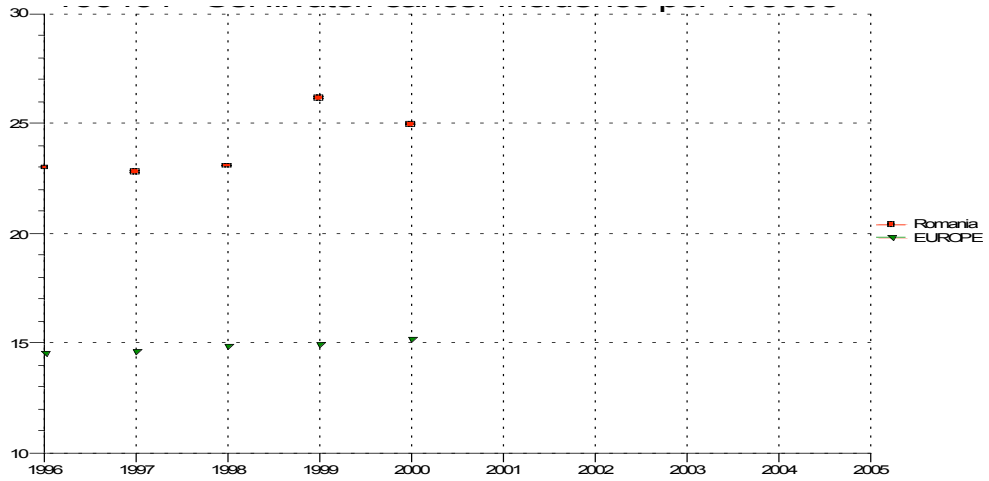
Având în vedere evidenţele conform cărora reducerea factorilor de risc comportamentali (renunţarea la fumat, alimentaţie sănătoasă, evitarea expunerii la agenţti carcinogeni) reduce incidenta cancerului de sân cu circa o treime, şi faptul că există multiple posibilităţi terapeutice, care au rezultate cu atât mai favorabile, cu cât boala este depistată în stadii mai precoce, se impune adoptarea de măsuri de prevenţie primordială, primara şi secundară, constând în principal în educaţia populaţiei pentru evitarea expunerii la agenţi carcinogeni şi creşterea adresabilităţii la serviciile preventive si curative.

2.2. Cancerul de col uterin

În lume se înregistrează anual aproximativ 500.000 de cazuri noi de cancer de col uterin (5% din toate cazurile noi de cancer) si aproximativ 250.000 de decese (3,9% din decesele produse de toate cancerele)

În Europa, incidența cancerului de col uterin este relativ constantă, dupa cum se observa in graficul nr. 14.

Graficul nr. 14 - Incidența cancerului de col uterin la 100000, în Europa şi în România

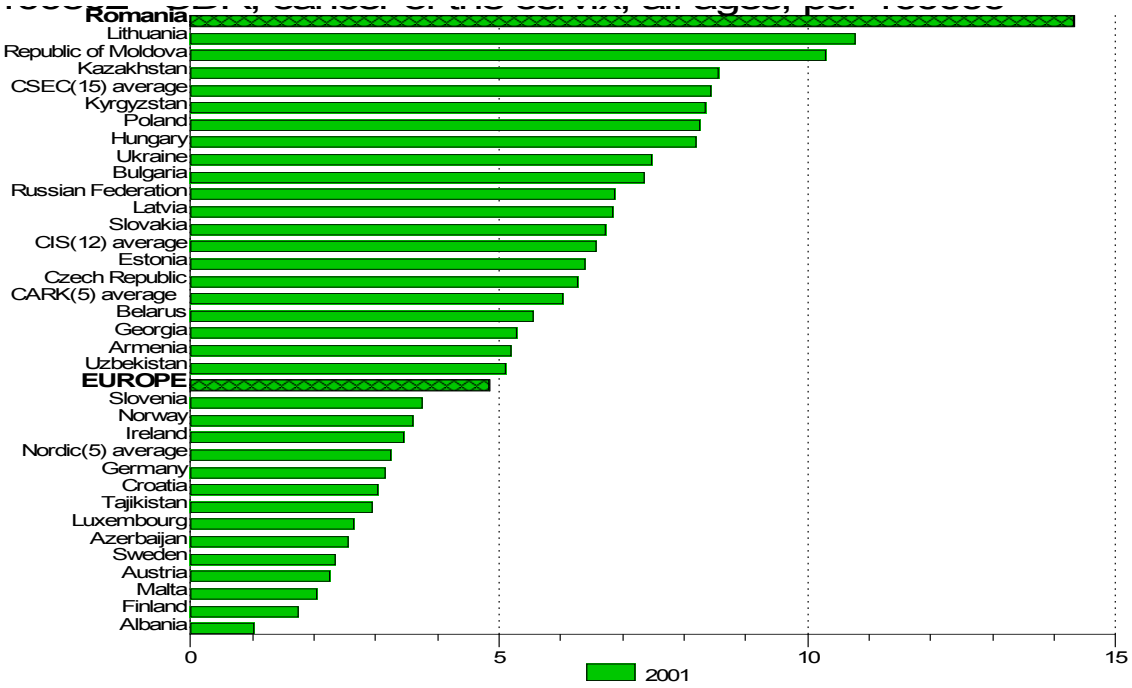


Sursa: Health for All

În anul 2000, România se afla pe locul 3 în Europa din punct de vedere al incidenței cancerului de col uterin, cu 24,96 cazuri noi la suta de mii de locuitori, după Ungaria si Lituania.

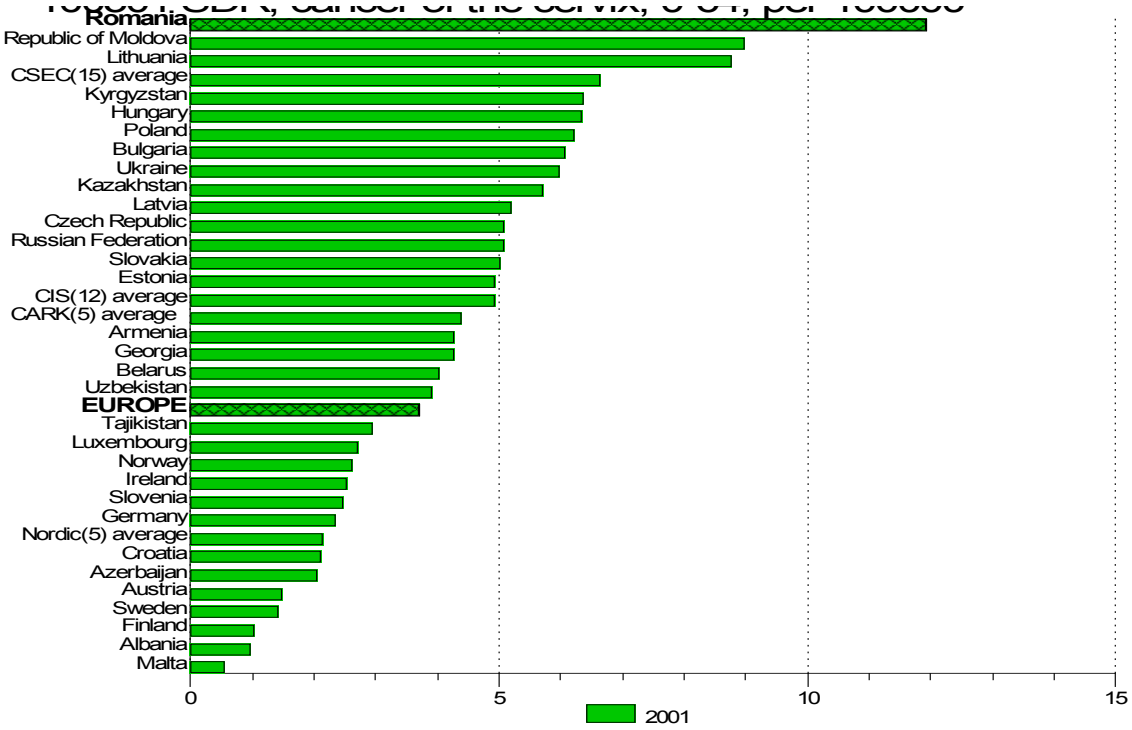
Din punct de vedere al ratei standardizate de mortalitate, România se află pe primul loc în Europa, atât la toate vârstele, cât şi la vârsta 0 – 64 de ani, cu o rată de circa 3 ori mai mare decât media europeană. (Graficele nr. 15 si nr. 16)

Graficul nr. 15 – Rata standardizată prin cancer de col uterin în statele europene, în anul 2001



Sursa: Health for All

Graficul nr. 16 – Mortalitatea standardizată prin cancer de col uterin la grupa de vârstă 0 – 64 de ani în statele europene, 2001



Sursa: Health for All

Mortalitatea prin cancer de col uterin s-a dublat în România în ultimii 30 de ani, iar faptul că ne situăm pe locul 3 în Europa din punct de vedere al incidenței acestei tumori şi pe primul loc din punct de vedere al ratei standardizate de mortalitate, demonstrează necesitatea îmbunătățirii atât a modalităților de prevenție, cât şi a managementului acestei boli.

În anul 2000, în România s-au înregistrat 4432 cazuri noi de cancer de col uterin (15% din cazurile noi de cancer la femei) şi 1726 de decese, cancerul de col uterin fiind a treia cauză de mortalitate, după cancerul de sân şi cel colorectal (Globocan 2000). În anul 2004, s-au înregistrat 1891 de decese prin cancer de col uterin, reprezentând 10% din decesele prin cancer la femei.

2.3. Cancerul bronhopulmonar

Cancerul bronhopulmonar, reprezentat în proporție de peste 90% de neoplasmul bronşic, este o tumoră de gravitate extremă, la care semnele clinice apar târziu şi media de supraviețuire este de 6 – 18 luni după diagnosticare. Doar 20% din pacienti supraviețuiesc la un an, iar supraviețuirea la 5 ani este sub 10%, în ciuda tuturor mijloacelor diagnostice şi terapeutice moderne.

Este cea mai frecventă formă de cancer la bărbați şi a treia ca frecvență la femei, după cancerul de săn şi cel uterin.

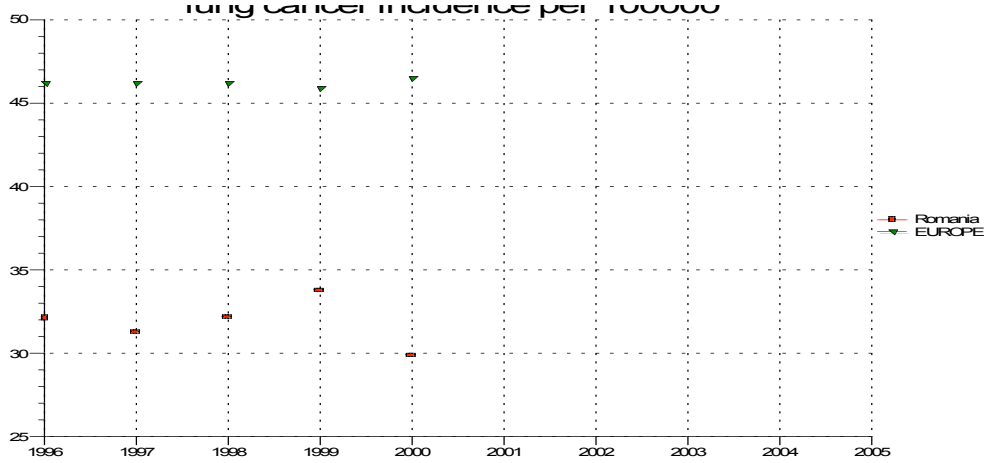
În ultimii 50 de ani, incidența cancerului bronhopulmonar a crescut dramatic, atât în țările dezvoltate, cât şi în cele în tranziție.

Pentru anul 2000, Organizația Mondială a Sănătății a raportat circa 1.240.000 de cazuri de cancer bronhopulmonar şi 1.103.000 decese de aceastş cauzş. Circa 72% din cazuri şi 73% din decese au apărut la sexul masculin. De asemenea, 55% din cazuri şi din decese au apărut în țările dezvoltate.

Principalii factori de risc incriminați în apariția cancerului bronhopulmonar sunt fumatul, factorii profesionali şi poluarea atmosferică. Dintre aceştia, cel mai important este fumatul, cu rol dovedit în carcinogeneză, ceea ce explică prevalența de 3 ori mai mare a cancerului bronhopulmonar la bărbați, asociată prevalenței mai mari a fumătorilor de sex masculin. Aceasta diferență tinde să se diminueze, datorită extinderii îngrijorătoare a obiceiului fumatului, în special la femeile tinere şi în statele în curs de dezvoltare sau în tranziție.

În Europa, incidența cancerului bronhopulmonar de menține cvasiconstantă, iar România se situează sub media europeană, după cum se observă în graficul nr. 17.

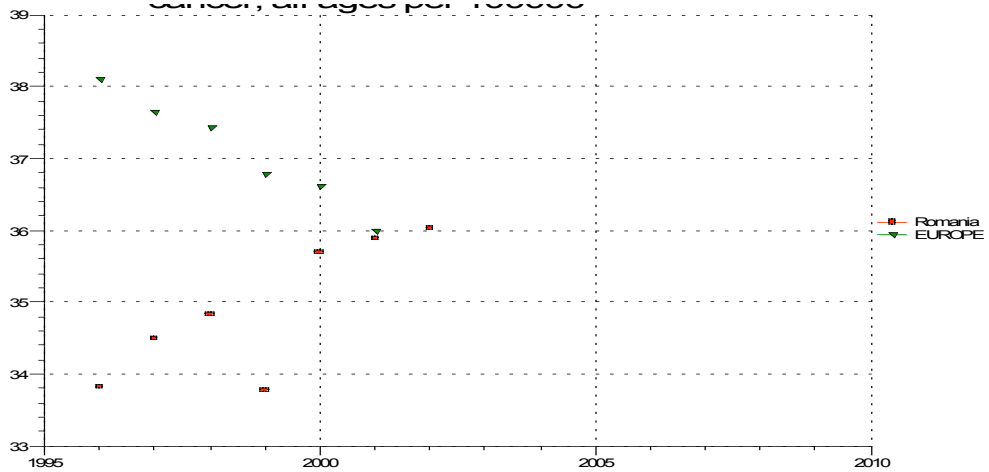
Graficul nr. 17 – Incidenta cancerului bronhopulmonar in Europa şi în România



Sursa: Health for All

Totuşi, din punct de vedere al mortalității, se constată că rata standardizată în Europa are o tendință de scădere, iar în Romania, are o tendință de creştere (gf. nr. 18)

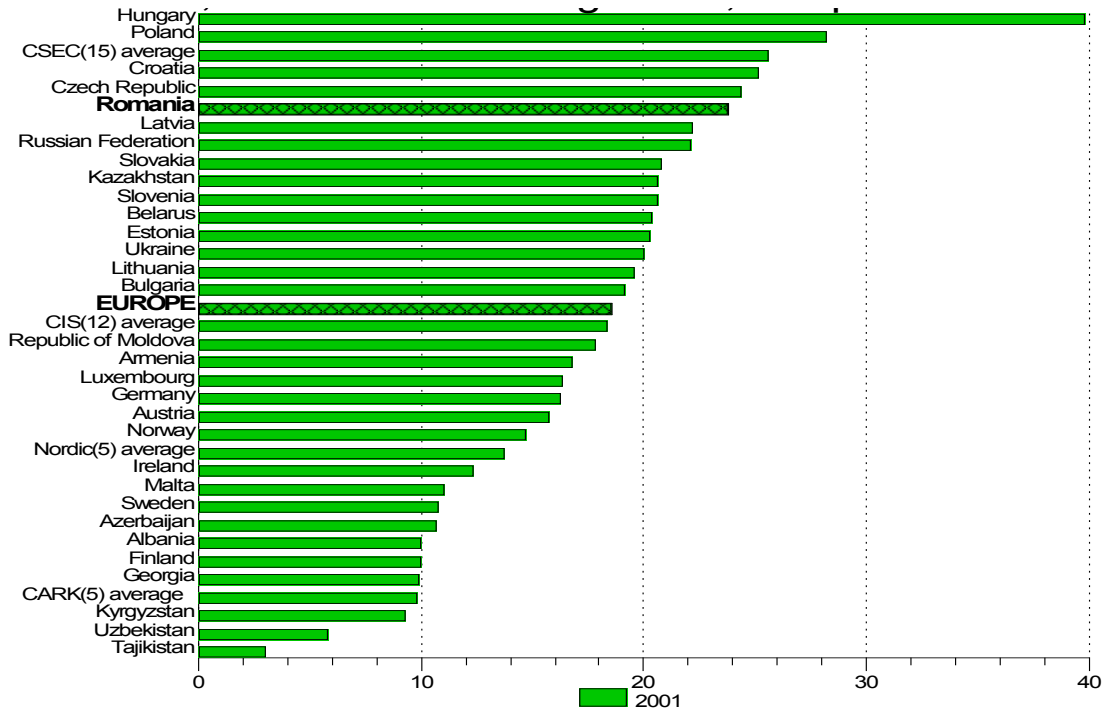
Graficul nr. 18 – Rata standardizată de deces prin cancer bronhopulmonar la 100.000 de locuitori, în Europa şi în România



Sursa: Health for All

Alarmant este faptul că Romania se situează deasupra mediei europene la rata standardizată de mortalitate prin cancer bronhopulmonar la persoanele tinere (0 – 64 de ani), ceea ce demonstrează incidența mare la grupe de vârstă tinere. (Graficul nr. 19).

Graficul nr. 17 – Rata standardizată de deces prin cancer bronhopulmonar la 100.000, pentru grupa de vârstă 0 – 64 ani, în statele europene



Sursa: Health for All

În România s-au înregistrat în 1999 43985 decese de toate cancerele, dintre care 8617 decese prin cancer bronhopulmonar (aproape 20%), acesta fiind prima cauză de mortalitate prin cancer la bărbaţi şi a patra la femei (după cancerul de sân, colorectal şi cel de col uterin) *(Globocan 2000)*.

2.4. Cancerul colorectal

Cancerul colorectal este unul dintre cancerele prevenibile şi pentru care există numeroase metode accesibile de screening, a căror utilizare a fost asociată cu scăderea semnificativă a mortalităţii prin acest tip de cancer.

Cancerul colorectal apare cu precădere după vârsta de 50 de ani (nu este însă exclusă apariţia la vârste mai tinere), la ambele sexe. Societatea Americana de Cancer consideră că principalii factori de risc pentru acest tip de tumoră sunt:

- antecedentele heredo-colaterale sau personale de cancer de colon, sau de polipi adenomatoşi, colită ulcerativă sau boală Crohn;
- diagnosticarea unui alt tip de cancer înainte de vârsta de 50 de ani;
- sedentarismul (mai puţin de trei ore de activităţi fizice pe săptămână);
- obezitatea;
- consumul de carne roşie, sau consumul în exces de vegetale;
- fumatul;
- consumul de alcool;

- utilizarea de contraceptive orale sau de terapie estrogenică post-menopauză pe o perioadă de 5 ani sau mai mult, ca şi utilizarea de multivitamine conținând acid folic.

Organizația Mondială a Sănăatății estimează că anual apar în lume circa 950.000 de cazuri noi de cancer de colon, ceea ce reprezintă aproape 10% din totalul cazurilor noi de cancer, la ambele sexe. Cancerul colorectal apare în proporții egale la ambele sexe, iar circa 65% din cazuri apar în țările dezvoltate. De asemenea, anual se înregistrează în lume aproape 500.000 decese prin cancer de colon, dintre care circa 61,25 în țările dezvoltate.

Riscul individual de a dezvolta cancer colorectal in timpul vietii se estimeaza la 6% (Societatea Americana de Cancer), iar 90% din cazuri apar după vârsta de 50 de ani. Incidența cancerului colorectal a avut o tendință de creştere în SUA între anii 1973 – 1985, după care a scăzut cu circa 1,5% pe an, până în anul 1998. Cercetările au sugerat că această scădere s-a datorat utilizării procedeelor de screening.

Se consideră ca 90% din cazurile de cancer colorectal pot fi prevenite prin evitarea expunerii la factorii de risc enunțați anterior şi prin examene periodice de screening. În ciuda eficienței dovedite a screeningului, se estimează că doar 40 – 45% dintre americanii peste 50 de ani se supun testelor de screening, principalele cauze identificate ca responsabile de acest fapt fiind:

- comunicarea limitată între medic şi pacient în legătură cu cancerul de colon şi cu eficiența screeningului;
- variabilitatea testelor de screening acoperite în pachetele de asigurări.

În Europa, în anul 2000 s-au înregistrat 362.710 cazuri noi de cancer colorectal, respectiv 13% din numărul total de cazuri de cancer şi 275012 decese, respectiv 10% din numărul total al deceselor prin cancer.

În România, cancerul colorectal reprezintă la femei a doua cauza de deces prin cancer, după cancerul de sân (10,8% din totalul deceselor prin cancer), iar la bărbați a treia cauză de deces prin cancer, după cancerul bronhopulmonar şi cel gastric (8,5% din totalul deceselor prin cancer).

3. Bolile cronice ale aparatului respirator

Bolile aparatului respirator reprezintă a patra cauză de deces în România, după bolile aparatului circulator, tumori şi bolile digestive, cu o pondere de 5,6% din totalul deceselor. Între țările europene, România ocupa locul 5 la mortalitatea din această cauză, cele mai mari rate standardizate de deces prin boli respiratorii înregistrându-se în Kyrgyzstan, Kazakhstan, Moldova şi Malta.

În structura bolilor aparatului respirator se constată scăderea ponderii deceselor prin boli respiratorii acute şi creşterea deceselor prin boli respiratorii cronice, acestea determinând peste 50% din totalul deceselor.

În România, cele mai importante cauze de morbiditate ş mortalitate prin boli respiratorii cronice sunt considerate BPOC ş astmul bronsic.

3.1. BPOC

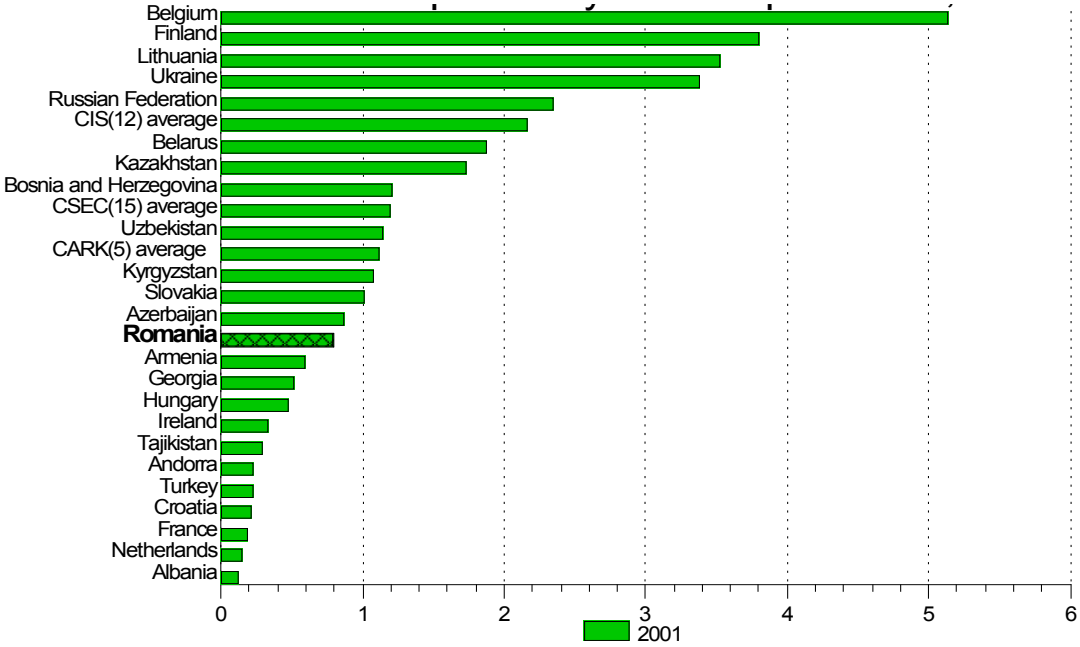
Principalii factori de risc incriminati în apariția BPOC sunt fumatul pe termen lung, (majoritatea celor diagnosticați sunt fumători sau foşti fumători), fumatul pasiv, poluarea atmosferică, expunerea profesională prelungită la diverşi iritanți bronşici şi istoricul de infecții respiratorii repetate în copilărie. Nu există tratament etiologic pentru şi evoluția este invariabilă spre deces, supraviețuirea la 10 ani fiind de circa 50%.

BPOC este a patra cauză de deces în Statele Unite ale Americii şi se estimează că în anul 2020 va deveni a treia cauză de deces. Mortalitatea prin BPOC a crescut substanțial în ultimii 20 de ani, in anul 2000 BPOC determinând 120.000 de decese. De asemenea, BPOC a fost cauza a 1,5 milioane de consultații în urgență şi a 726.000 de internări, iar costul total estimat pentru anul 2002 a fost de 32,1 miliarde de dolari, din care 18 miliarde de dolari costuri directe, pentru servicii medicale, iar 14,1 miliarde de dolari costuri indirecte legate de morbiditate şi decesele premature.

La nivel mondial, BPOC este a noua cauză de povară a bolii la bărbați, fiind responsabilă de 3,1% din DALY .

În Europa, cea mai mare prevalență a BPOC există în Belgia, Finlanda, Lituania, Ucraina, iar cea mai redusă în Franta, Olanda, Albania (gf. nr. 18).

Graficul nr. 18 – Prevalenta BPOC la 100 de locuitori, in statele europene, 2001

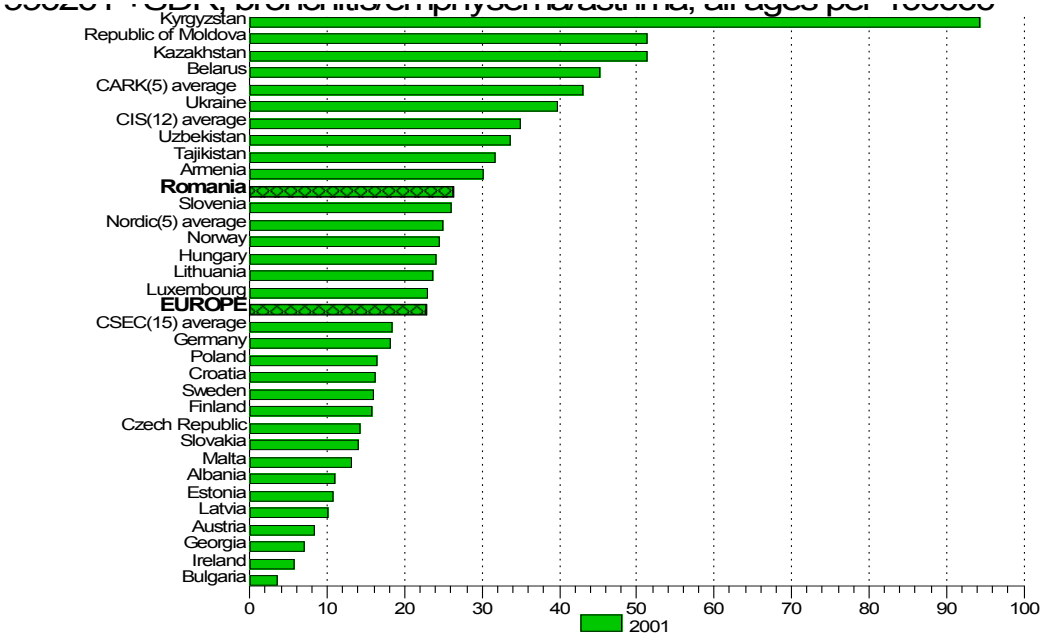


Sursa: Health for All

În România prevalența BPOC în anul 2002 a fost de 0,83 cazuri la suta de locuitori, respectiv 180.200 de cazuri la nivel național.

România se situează pe locul 6 în Europa la mortalitatea prin BPOC şi astm, cu puțin deasupra mediei europene (graficul nr. 19).

Graficul nr. 19 – Rata standardizată de mortalitate prin BPOC şi astm la 100.000, în statele europene



Sursa: Health for All

3.2. Astmul bronşic

Astmul bronşic este una dintre cele mai întâlnite boli cronice, mai frecventă în copilărie (1 din 7 – 10 copii suferă de această boală), dar prevalența sa variază foarte mult, în funcție de vârsta, zona geografică, mediul de viață. În lume există între 100 şi 150 milioane de persoane care suferă de astm, iar acest număr este în continuă creştere. Anual se înregistrează circa 180.000 decese.

Astmul nu este doar o problemă a țărilor dezvoltate, ci şi a țărilor mai sărace şi reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, atât prin mortalitate (care manifestă o tendință de scădere), cât mai ales prin costurile directe şi indirecte legate de îngrijirea pacienților şi de calitatea vieții acestora. Astfel, la nivel mondial se estimează costurile asociate astmului ca fiind mai mari decât costurile asociate TBC ți HIV la un loc.

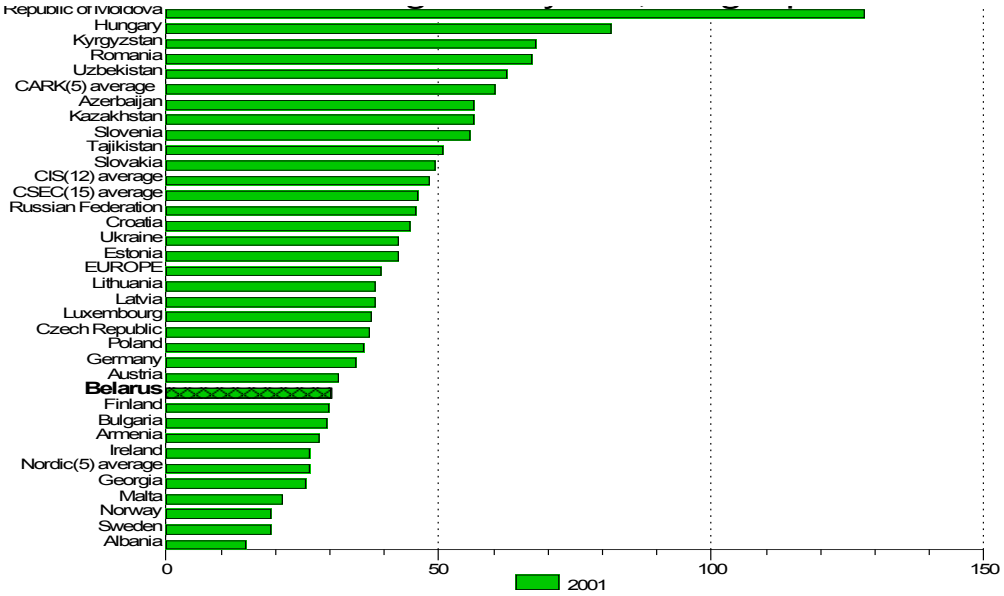
În SUA costurile asociate astmului s-au ridicat în anul 2002 la 14 miliarde de dolari, din care 9,4 miliarde costuri directe şi 4,6 miliarde costuri indirecte. Se estimează că în Marea Britanie costurile asociate astmului se ridică la 1,8 miliarde de dolari anual, iar în Australia la 460 milioane anual.

Astmul nu poate fi vindecat, dar poate fi controlat, prin diminuarea expunerii la principalii factori de risc, respectiv: urbanizarea şi extinderea industrializării, expunerea la alergeni domestici, anumite droguri (antiinflamatoarele nesteroidiene), greutatea mică la naştere şi infectiile respiratorii repetate în copilărie, rinita alergică, fumatul în timpul sarcinii.

4. Bolile aparatului digestiv

România se afla pe locul 4 în Europa la mortalitatea prin boli digestive, după Moldova, Ungaria şi Kyrgystan (gf. nr. 20).

Graficul nr. 20 – Rata standardizată de mortalitate prin boli digestive la 100.000 locuitori, în statele europene, 2001



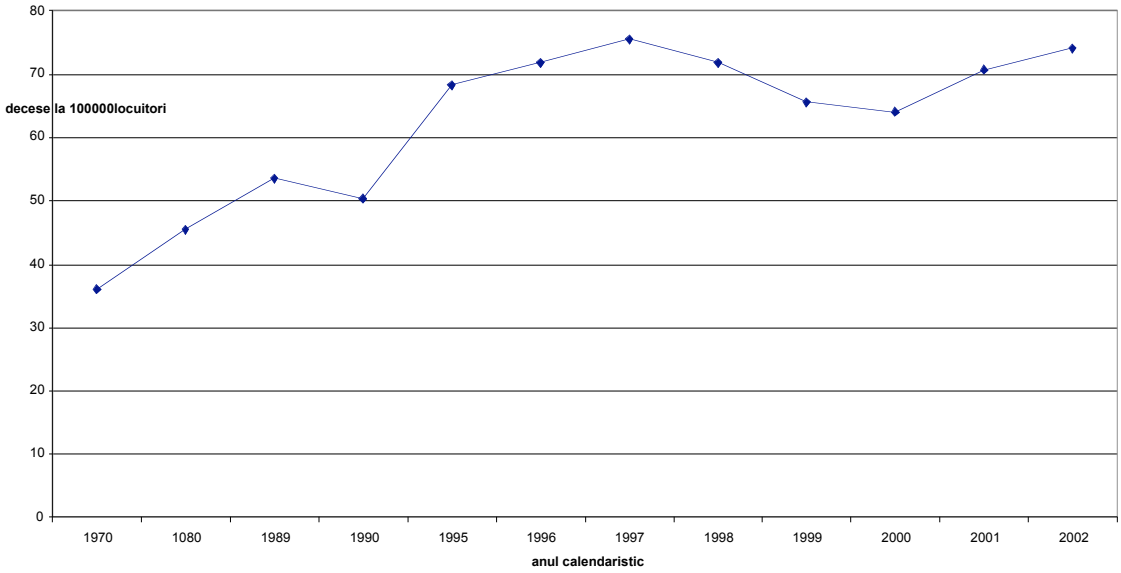
Sursa: Health for All

În categoria deceselor premature, Romania se află pe locul 3 la mortalitatea prin boli digestive in Europa, cu o rată standardizată de mortalitate dublă față de media europeana.

La morbiditatea prin boli digestive, România se află pe locul 2 în Europa, cu circa 2600 de externări de cauze digestive la 100.000 locuitori.

La nivel național, bolile digestive reprezintă a treia cauză de deces, determinând circa 6% din totalul deceselor. Mortalitatea prin boli digestive in Romania a avut o tendință accentuată de creştere până în anul 1997, după care a înregistrat o evoluție cvasiconstantă (gf. nr. 21).

Graficul nr. 21-Evolutia mortalitatii prin boli digestive în România



Sursa: Anuar de statistica sanitara, 2002

Cele mai importante cauze de morbiditate şi mortalitate prin boli digestive sunt hepatitele cronice şi cirozele.

4.1. Hepatitele cronice

Hepatitele cronice pot avea etiologie virală, toxică (determinată de etilismul cronic, noxe profesionale sau iatrogenă), reactivă sau autoimună. Cele mai frecvente sunt cele de etiologie alcoolică şi virală, în special cu virusurile B şi C.

La nivel mondial există circa 2.000 de milioane de persoane care au avut o infecție cu virus hepatitic B şi 350 de milioane de persoane care au hepatită cronică şi prezintă un risc major de morbiditate şi mortalitate prin ciroză sau cancer hepatic primitiv, afecțiuni ce determină anual între 500000 si 750000 decese.

Se estimează că circa 10% din cazurile de infecție cu virus hepatitic B se cronicizează, iar 25% din infecțiile cronice evoluează cu ciroză sau carcinom hepatic primitiv. La copii riscul de cronicizare este mai mare (între 25 şi 90% din cazuri). O reducere a prevalenței infecției cu virus B a fost demonstrată după

introducerea imunizării copiilor, care s-a dovedit o metodă cost-eficace chiar şi în statele cu prevalenţă redusă a infecîiei. Deşi costul vaccinului a scăzut foarte mult comparativ cu anii 1980, rămâne mai mare decat costul celorlalte 6 vaccinuri recomandate de OMS, acesta fiind principalul obstacol în controlul infecţiei cu virus hepatitic B la nivel mondial. Principalele grupuri populaţionale la risc sunt următoarele: nou-nascuţii din mame infectate, copiii din colectivităţi, lucratorii din sănătate, dializaţii, consumatorii de droguri intravenoase, persoanele care fac acupunctură sau tatuaje, persoane care trăiesc sau călătoresc în zone endemice, persoane cu mai mulţi parteneri sexuali, homosexuali.

Infecţia cu virus hepatitic C este, de asemenea, o cauză majoră de hepatită acută, cronică, ciroză hepatică şi cancer hepatic primitiv. Se estimează cş la nivel mondial există circa 170 de milioane de persoane cu infecţie cronică cu virus C si 3 –4 milioane de cazuri noi anual. Principala cale de transmitere este contactul nemijlocit cu sânge uman, respectiv transfuzii cu produse de sânge necontrolate şi reutilizarea instrumentarului medical nesterilizat adecvat. Circa 80% din cazurile de infecţie cu virus C cronicizează. Dintre cronici, între 10 şi 20% vor dezvolta ciroză hepatică, iar 5% vor dezvolta cancer hepatic primitiv. Prevalenţa la nivel mondial a infecţiei cu virus C este ilustrată în tabelul de mai jos:

Tabelul nr. 3 - Prevalenţa şi numărul absolut de persoane infectate cu virus C, pe regiunile OMS

Regiunea	Populaţia totală (milioane)	Prevalenţa hepatitei C (Rata %)	Populaţie infectată (milioane)
Africa	602	5,3	31,9
America	785	1,7	13,1
Estul mediteranei	466	4,6	21,3
Europa	858	1,03	8,9
Asia de Sud-Est	1500	2,15	32,3
Vestul Pacificului	1600	3,9	62,2
Total	5811	3,1	169,7

Sursa: OMS

4.2. Ciroza hepatică

Ciroza hepatică are ca principali factori de risc etilismul cronic (prima cauză de ciroză în SUA); hepatitele cronice de etiologie virală, sau autoimună, unele boli metabolice (hemocromatoza, boala Wilson), afecţiuni ale ductelor biliare, insuficienţa cardiacă cronică, diverse substanţe toxice.

Principalele complicaţii ale cirozei constau în: hemoragii digestive superioare, prin ruperea varicelor esofagiene, encefalopatie hepatică, carcinom hepatic primitiv, infecţii asociate (pneumonie,

peritonită, tbc), sindrom hepato-renal. Ciroza se asociază cu morbiditate şi mortalitate crescute şi afectează numeroase persoane, în cei mai productivi ani ai vieții.

Supraviețuirea la 10 ani după diagnosticul de ciroză hepatică compensată este de circa 50%. Decompensarea scade dramatic probabilitatea de supraviețuire, aceasta ajungând la 15%, la 5 ani după diagnosticul de ciroză hepatică decompensată.

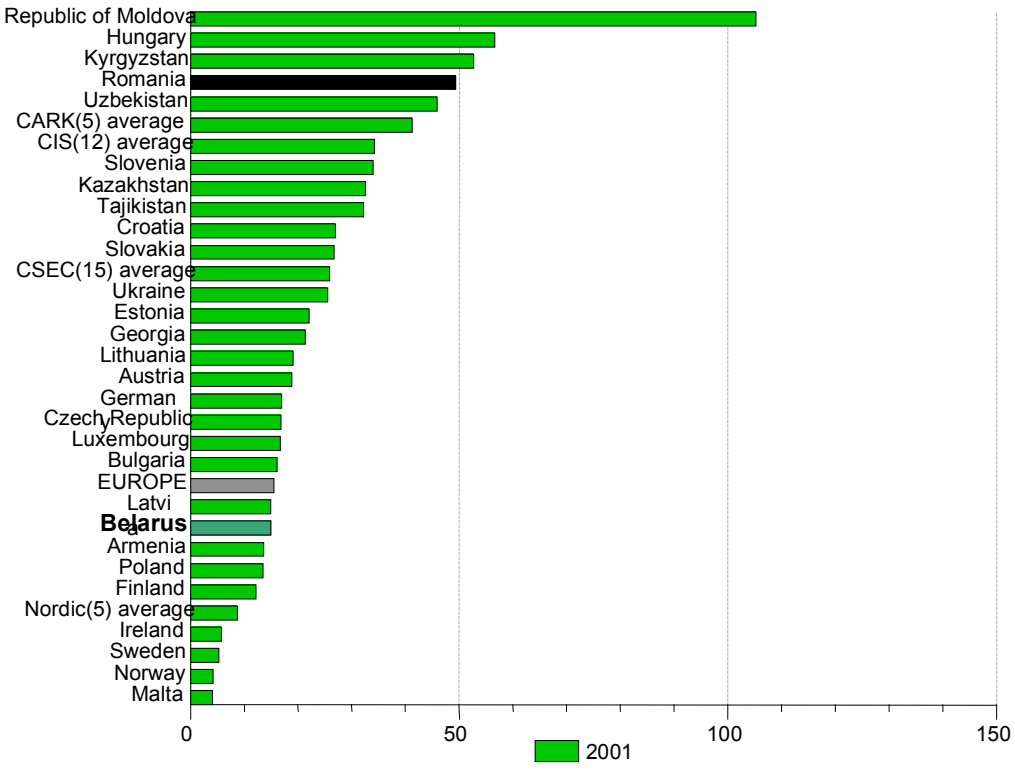
Singurul tratament eficace pentru ciroza hepatică este transplantul hepatic. Totusi, se consideră că 90% din cazuri ar putea fi prevenite prin evitarea consumului excesiv de alcool şi a principalilor factori de risc pentru transmiterea virusurilor hepatitice.

Determinarea incidenței şi prevalenței cirozei hepatice în populația generală reprezintă o problemă foarte dificilă deoarece există multe persoane aflate în faza compensată, care sunt asimptomatice.

După cum se observă în graficul nr. 22, România se află pe locul 4 în Europa, la mortalitatea prin hepatite cronice şi ciroze, cu o rată standarduzată de mortalitate de peste 3 ori mai mare decat media europeana. În anul 2004 letalitatea prin hepatite cronice si ciroze a avut o valoare de 4,13%, înregistrându-se la nivel național 10701 decese.

Numeroase studii arată că în țările din Europa de Est, mortalitatea prin hepatite cronice şi ciroze este strâns corelată cu consumul de alcool, unele studii sugerând că în aceste state consumul mediu de alcool este mai mare decât în statele membre UE.

Graficul nr. 22 - Rata standardizată de mortalitate prin hepatite cronice şi ciroze, la 100000 locuitori, in statele europene, în 2001



Sursa:Health for All

5. Boli de metabolism şi nutriție

5.1. Diabetul zaharat

Diabetul zaharat devine o problemă de sănătate publică din ce în ce mai importantă la nivel mondial, prin costurile directe ți indirecte pe care le determină, prin prevalența şi complicațiile asociate, fiind o cauză majora de mortalitate prematură, de accidente vasculare cerebrale, boli cardiace, suferințe vasculare periferice, malformații congenitale, de incapacitate pe termen lung şi de scădere a calității vieții.

OMS estima în anul 1985 că existau la nivel mondial circa 30 de milioane de diabetici. Cinsprezece ani mai târziu, în 2000, prevalența diabetului a fost de 177 milioane de cazuri, iar numărul lor va creşte la circa 366 de milioane până în anul 2030. Dublarea cazurilor de diabet zaharat in următorii 25 de ani are la origini situația din țările în curs de dezvoltare (îmbătrânirea populației, creşterea numerică, comportamente alimentare nesănătoase, obezitate, sedentarism) şi creţterea incidenței diabetului de tip 2 la vârste tinere (90% din cazurile de diabet sunt de tip 2). Adițional, se constată ca daca în țările dezvoltate, marea majoritate a diabeticilor sunt peste vârsta de pensionare, în țările în curs de dezvoltare diabetul afectează persoane de vârstă medie (35-64 de ani), aflate în cea mai productivă perioadă a vieții.

În Statele Unite ale Americii se estimează că există circa 15,7 milioane de diabetici, dintre care 5,4 milioane de cazuri nu sunt încă diagnosticate, iar incidența diabetului este de 789.000 cazuri noi/an.

Mortalitatea prin diabet însumează 800.000 decese/an atribuite direct diabetului şi circa 3,2 milioane decese/an, atribuite complicațiilor acestuia.

Povara bolii determinată de diabet a fost estimata de OMS la 3% din totalul anilor de viață ajustați după incapacitate.

Diabetul creşte de 2 – 4 ori riscul de boli cardiovasculare şi de accident vascular cerebral, determină 50% din amputații şi este cauza a 50% din cazurile de insuficiență renală terminală, iar dupa 15 ani de boală, se estimează caăcirca 2% din diabetici orbesc şi 10% au handicap vizual.

Costurile directe determinate de diabet variază între 2,5 şi 15% din bugetele naționale alocate pentru sănătate, în funcție de prevalența bolii şi de complexitatea tratamentului, dar se estimează că cele indirecte (determinate de afectarea productivității) sunt cam de 5 ori mai mari.

În România, prevalența diabetului zaharat a fost estimată prin anchete ale stării de sănătate la 471.000 cazuri în 1989 şi respectiv la 575.000 cazuri în 1997.

Mortalitatea specifică prin diabet zaharat a fost pentru anul 2004 de 10 cazuri/100.000 locuitori, reprezentand circa 1% din totalul deceselor. În ceea ce priveşte povara bolii, în 1998 diabetul era responsabil de 24.916 ani de viață ajustați după incapacitate, respectiv de 0,58% din totalul de DALY.

5.2. Obezitatea

OMS estimează că în lume există circa 1 miliard de adulță supraponderali şi 300 de milioane de adulți obezi. În toate țările lumii se înregistrează în ultimele decenii o creştere alarmantă atât a prevalenței cât şi a incidenței obezității, iar previziunile actuale indică trenduri ascendente în evoluția fenomenului.

În Europa obezitatea şi supraponderabilitatea sunt relativ comune mai ales în rândul femeilor şi în ţările sud-est Europene. Datele curente de prevalenţă provenite din studiile naţionale efectuate în această regiune, sugerează că ratele de obezitate variază între 10-20% pentru sexul masculin şi între 10-25% pentru sexul feminin. În ultimii 10 ani prevalenţa obezităţii a crescut cu 10-40% în majoritatea ţărilor Europene.

O problemă majoră de sănătate publică, într-o ascensiune rapidă este şi obezitatea la copii şi tineri.

Obezitatea determină o creştere a mortalităţii, estimându-se o cifră de 300000 de decese anual în Uniunea Europeană (7,7% din totalul deceselor, unul din 13 decese înregistrate anual fiind determinat de obezitate), riscul de deces crescând proporţional cu greutatea corporală. Studiile efectuate arată că în Regiunea Europeană 3,7% din totalul de DALY pierduţi se datorează obezităţii, iar speranţa de viaţă pentru persoanele obeze este redusă cu 8-10 ani. Estimări recente sugerează că între 2-8% din costurile totale ale îngrijirilor medicale în ţările occidentale sunt atribuite obezităţii.

În România nu există o evaluare a fenomenului. Totuşi unele studii realizate de Institutul pentru Ocrotirea Mamei şi Copilului "Alfred Russescu" în colaborare cu UNICEF indică o prevalenţă peste normal a greutăţii mari pentru vârstă.

6. Bolile psihice

Bolile psihice reprezintă o problemă actuală de sănătate publică, deoarece incidenţă şi prevalenţă lor sunt în continuă expansiune. OMS estimează că în întreaga lume există 450 milioane de persoane care suferă de boli psihice, tulburări psihociale sau de comportament si că acest tip de afecţiuni fiind comune tuturor statelor, indiferent de nivelul de dezvoltare socio-economică. Se estimeaza, de asemenea, că 25% din indivizi dezvoltă cel puţin o tulburare mentală sau de comportament într-una din etapele vieţii.

Bolile psihice au o mare putere invalidantă, o evoluţie îndelungată, iar recuperarea necesită eforturi considerabile şi timp îndelungat. Ele afectează atât individul, cât ţi famili ţi comunitatea. O familie din patru are cel puţin un membru care suferă de o boală psihică, impactul asupra acestor familii fiind atât de natură economică cât şi emoţională. Impactul asupra societăţii este, de asemenea, de natură economică, dar şi de natură juridică şi medicală

Estimările asupra poverii bolii arată că în 1990 afecţiunile neuropsihice au reprezentat 10% din DALY, în 2000 au reprezentat 12%, iar în 2020 povara acestor boli va ajunge la 15%. În afară de povara estimată a cestor boli, există o **povară nedefinită** (include scăderea productivităţii prin suicid, care echivalează sau depaşeşte accidentele rutiere in unele ţări, prin incapacitate de muncă pe termen variabil, prin implicarea în îngrijirea persoanei bolnave a altor membti ai familiei, costul susţinerii sociale a acestor persoane, costurile suportate de familii, dezvoltarea cognitivă precară a copiilor proveniţi din părinţi cu astfel de afecţiuni etc) si o **povară ascunsă,** constând in marginalizare, stigmatizare ţi încălcarea drepturilor omului.

Mortalitatea datorată bolilor psihice este greu de evaluat. Se cunoaşte faptul că peste 870.000 de persoane se sinucid annual, în condiţiile în care unele studii arata faptul ca numai 15-20% din totalul cazurilor de suicid au o cauză absolut patologică, restul având la bază conflicte psihologice sau sociale.

În România nu există o evaluare exactă a prevalenței acetor afecțiuni, înregistrările fiind limitate la cazurile aflate în tratament. Pentru anul 2004 s-au ănregistrat 911 decese prin boli psihice. De asemenea, conform datelor raportate prin sistemul de medicină legală, sinuciderile reprezintă 30% din morțile violente, mai mult decât accidentele şi omuciderile însumate.

Deşi situția reală nu este cunoscută, contextul general al tranziției socio-economice, deteriorarea generală a stării de sănătate a populației, expansiunea abuzurilor şi a dependențelor de substanțe psihoactive, creşterea ratei suicidului şi suprasaturarea cu factori de stres a societății constituie factori predictivi pentru expansiunea bolilor psihice în viitor.

II. Bolile transmisibile

Obiective educationale:

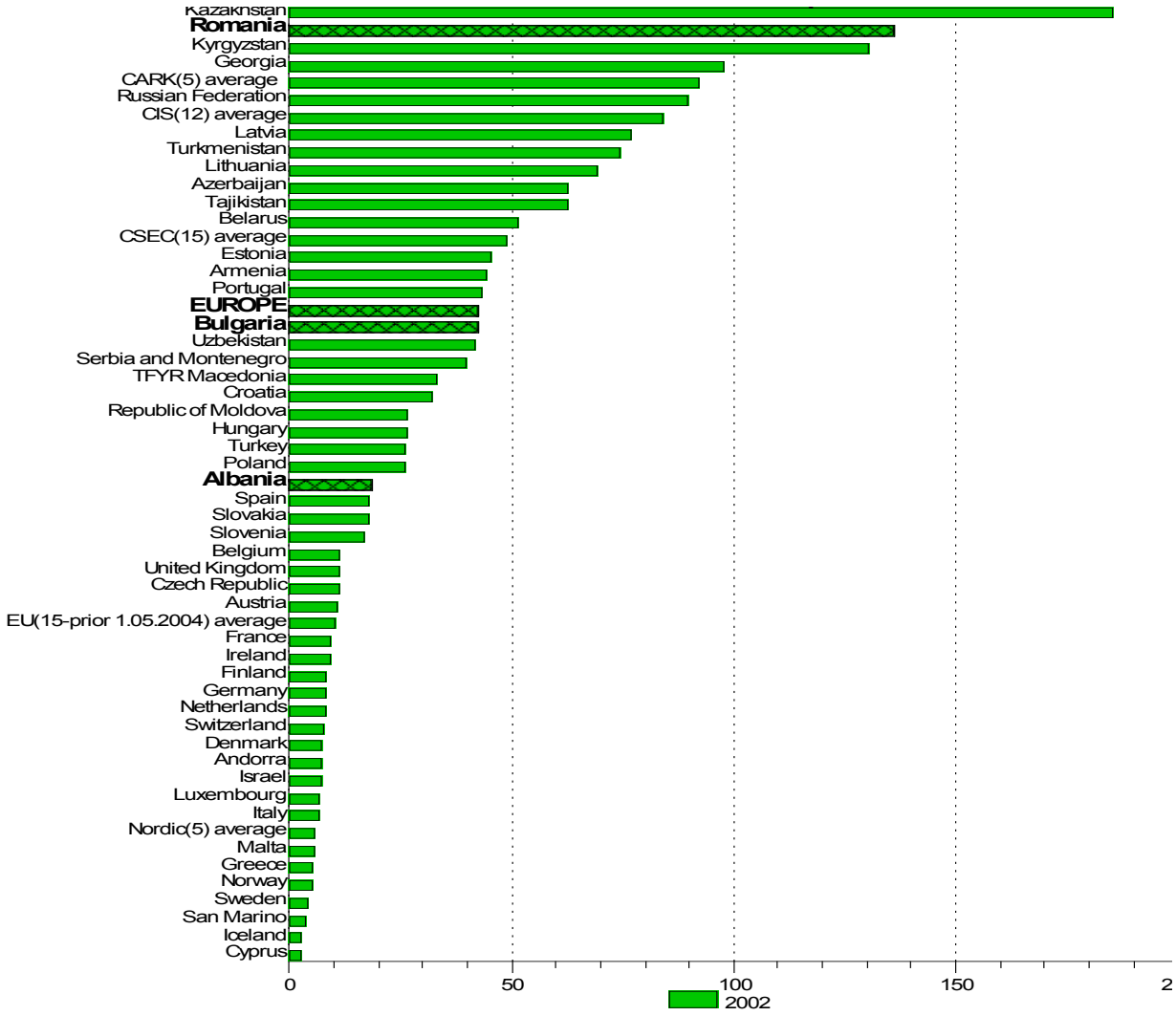
- **sa poata descrie caracteristicile epidemilogice ale principalelor boli transmisibile**
- **sa comenteze caracteristicile epidemilogice ale principalelor boli transmisibile in Romania**

Prin caracteristicile epidemiologice, bolile transmisibile reprezintă o problemă de sănătate publică, deşi povara exercitată de ele în populație scade ăn favoarea bolilor netransmisibile. Astfel, din datele OMS, povara bolilor transmisibile în țările în curs de dezvoltare reprezenta în 1990 49% din DALY şi va ajunge în anul 2020 la 22% din DALY.

Tuberculoza a determinat la nivel mondial 2 milioane de decese, cea mai mare incidență înregistrându-se în Asia de Sud Est (33% din incidența globală) şi în Africa. În Europa se înregistează o incidență redusă a tuberculozei (472.000 cazuri noi annual, respectiv 54 cazuri la 100000 locuitori) si o rată de mortalitate redusă (8 decese la 100000 locuitori).

În România, situația este mult mai gravă comparativ cu media europeana, înregistrându-se cea mai mare incidență din Europa (graficul nr. 23), de trei ori peste medie şi o rată standardizată de deces prin tuberculoză de 6-7 ori peste cea europeană.

Graficul nr. 23 – Incidența tuberculozei la 100000 locuitori în statele europene, 2001



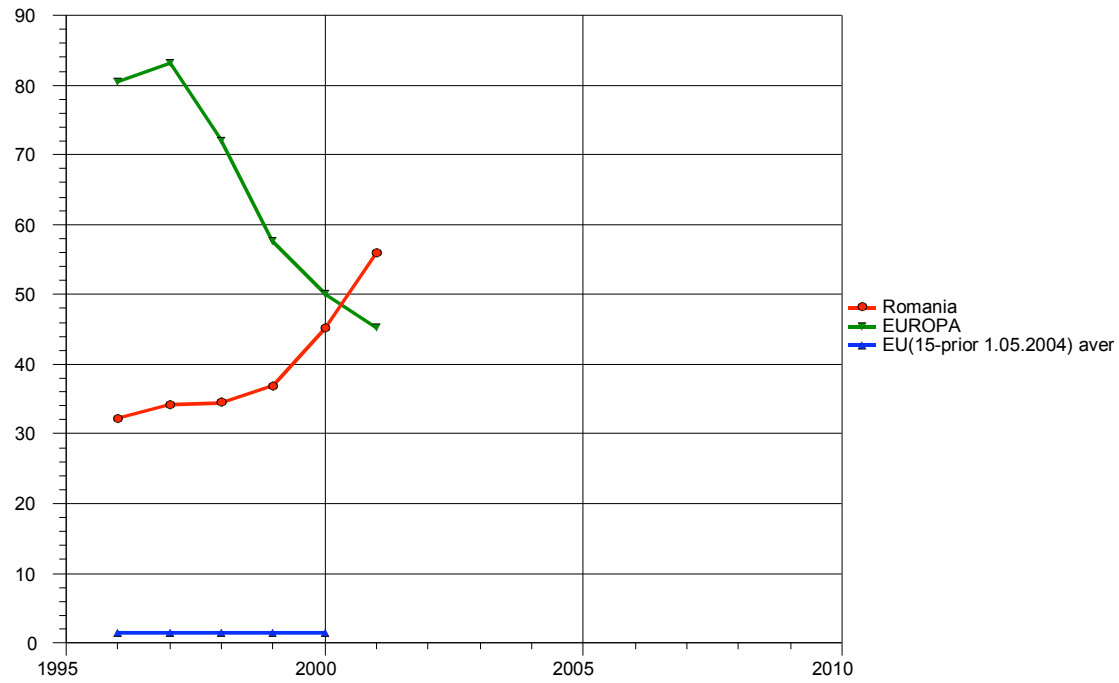
Sursa: Health for All

Incidența tuberculozei este în creştere 29.470 cazuri noi în 2003 față de 14.997 cazuri noi în 1990), dar mortalitatea prin tuberculoză a înregistrat o scădere semnificativă, ceea ce arată o creştere a calității îngrijirilor medicale. In anul 1997, România a adoptat strategia DOTS (Directly Observed Treatment, Short course) strategie aplicată în 85% din cazurile depistate, cu o rată de spitalizare de 80%.

Infecțiile cu transmitere sexuală sunt o categorie de boli transmisibile cu tendința evolutivă în Romania. Astfel, incidența sifilisului are o tendință net ascendenta şi a depăşit în anul 2001 incidența medie europeana (graficul nr. 24). Valoarea raportată în anul 2003 (58,3 $^{o}/_{o.ooo}$ cazuri noi) a fost de 3 ori mai mare decât cea raportată în anul 1989 (19,8 $^{o}/_{o.ooo}$). Incidența sifilisului este mai mare în mediul urban, la sexul masculin şi la grupele de vârstă 20-24 de ani şi 25-29 de ani. Exacerbarea morbidității prin sifilis a fost favorizată de scăderea eficienşei depistării active, în contextul numeroaselor schimbări din sistemul de sănătate şi al unui sistem informațional precar şi de slăbirea pârghiilor de control al răspândirii bolii. O

consecință directă a fost creşterea numărului anul de cazuri de sifilis congenital de la 22 în 1989 la 423 în anul 2002.

Graficul nr. 24 – Incidența sifilisului la 100000 locuitori, în România, față de media europeana şi cea a statelor membre UE

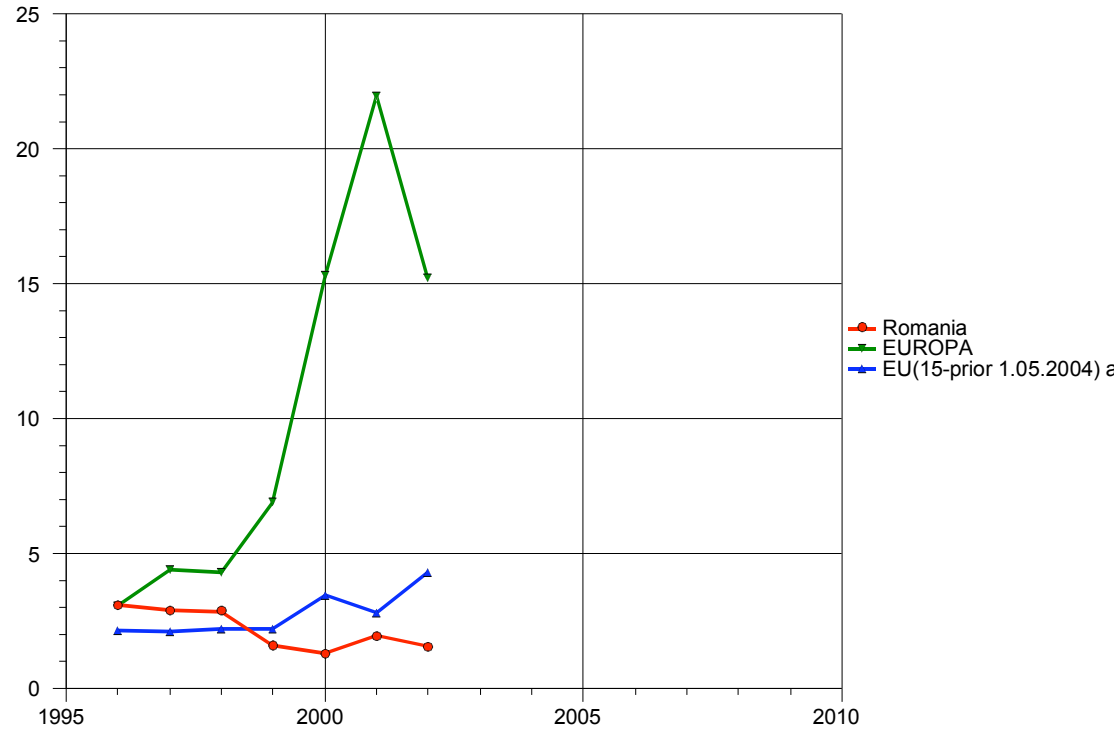


Sursa: Health for All

Infecția HIV/SIDA constituie o problemă de sănătate publică la nivel mondial, prin consecințele asupra individului şi comunității şi prin costurile directe şi indirecte pe care le presupune. România s-a individualizat in anii 1990 printr-un număr foarte mare de cazuri la copii, probabil favorizat de factori iatrogeni. Ulterior, caracterul epidemiei HIV s-a modificat, prin creşterea numărului cazurilor diagnosticate la adulți, principala cale de transmitere a infecției fiind cea heterosexuală. Conform Strategiei naționale pentru supravegherea, prevenția şi controlul infecției HIV/AIDS pentru perioada 2004 – 2007, la 31decembrie 2003, au fost înregistrate 14.387 cazuri cumulativ HIV/SIDA, din care se aflau în viață 10.278. Dintre acestea, 5599 cazuri erau HIV pozitivi (4244 cazuri HIV copii şi 1355 adulți), iar 4679 erau bolnavi de SIDA (3553 copii şi 1126 cazuri SIDA adulți). In anul 2003 s-au diagnosticat 244 cazuri noi de infecție HIV din care copii 60 şi adulți 184. Strategia sus-menționată îşi propune menținerea incidenței pentru anul 2007 la valoarea din 2002, scăzută față de media europeană (graficul nr. 25), având in vedere faptul că amploarea fenomenului nu este bine cunoscută şi că pacienții care au fost diagnosticați în copilărie ajung la vârsta adultă şi devin apți să aibă viață sexuală.

O atenție specială trebuie acordată cazurilor existente (care au acces gratuit la terapie), în principal în domeniul respectarii drepturilor omului, al confidențialității şi al nediscrimiării, marginalizării şi stigmatizării.

Graficul nr. 25 - Incidența cazurilor HIV la 100000 locuitori ăn România, comparativ cu media europeana si a statelor membre UE



Sursa : Health for All

Bibliografie:

1. Adult health at risk:slowing gains and widening gaps – www.who.int/2003/chapter1/en/index3.htlm
2. American Lung Association – Trends in asthma morbidity and mortality
3. Bronchial asthma - www.who.int
4. Burke, CA. – Colon Cancer – www.clevelandclinicmeded.com/diseasemanagement/gastro/colorectalneoplasia
5. Colorectal Cancer and early detection – American Cancer Society, Surveilance, Research, 2002
6. Centrul de statistica sanitara si documentare medicala – Anuar de statistica sanitara 2003
7. Centrul de statistica sanitara si documentare medicala - Bolile cronice, o prioritate de sanatate publica in Romania, 2002
8. Centrul de statistica sanitara si documentare medicala – Factorii de risc si bolile cardio-vasculare. Valorificarea datelor din anchetele epidemiologice transversale
9. Centrul de statistica sanitara si documentare medicala – Cauzele de deces in Romania – anul 2003, Buletin informativ nr. 10/2003
10. Crude and Age-Standardised Rate per 100.000 - www-depdb.iarc.fr/who/ASP/WHO
11. Diabetes in Canada – www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat
12. Diabetes care: Diabetes related Morbidity and Mortality in a National Sample of US – www.findarticles.com/cf_dls/m0CUH/3_25/84393211
13. Economic cost of asthma, direct and indirect expenditures in US, 2002 – nhlbi – chartbook on cardiovascular, lung and blood diseases, 2002
14. Enăchescu D., Marcu M. - Sănătate publica şi management –note de curs
15. 15. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health - www.who.int/dietphysical activity/publications
16. Global Chronic Disease Burden 1990-2020 by Disease Group, in Developing Countries, IBLF Dialogue with WHO, London, 28 oct.2002 - www.who.int/publications
17. Globocan database – www-dep.iarc.fr/cgi-bin/exe/
18. Guidelines for infection control in dental health-care settings – 2003, CDC, Department of Health and Human Services, Morbidity and Mortality Weekly Report, december 19, 2003/vol. 52/no RR-17
19. Health status overview for countries of central and eastern Europe that are candidates for accession to the European Union – www.euro.who.int
20. Hennekens, C., Buring, J. – Epidemiology in medicine
21. Hepatitis C – www.who.int/mediacentre/factsheets/fs164/
22. Howard, J., Worman, MD. – What is cirrhosis? – www.hepatitis-c.de/cirrhosi
23. Indicators for chronic disease surveillance – cdi.hmc.psu.edu/pathways/colon-rectumcancer.htlm
24. Karsan, HA, Sergio, ER, Saab,S. – Primary prevention of cirrhosis – Public health strategies that can make a difference , Postgraduate Medicine, vol. 115, no.1, January 2004
25. Marcu, A., et.a - Anii de viata potentiali ajustati pentru incapacitate (DALY) – criteriu de identificare a problemelor de sanatate la nivel de judet – Management in sanatate, nr. 3/2000, p. 21 – 24
26. Minca, D. G., Marcu, M.G. – Sănătate publică ţi management sanitar – note de curs pentru învăţământul postuniversitar, Editura Universitară "Carol Davila", Bucureşti, 2004
27. Ministerul Muncii, Solidaritatii Sociale si Familiei – Raport de activitate pe anul 2003
28. Noncomunicable diseases and mental health – www.who.int
29. Ordinul comun al ministrului muncii si solidaritatii sociale si al ministrului sanatatii nr. 880/933/2002 privind aprobarea Normelor generale de protectie a muncii

30. Poverty and health – evidence and action in WHO's European Region, EUR/RC51/8 – www.who.int
31. Prevalence of Hepatitis B - www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs
32. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in adults – United States, 1999 – 2000 – CDC, Morbidity and Mortality Weekly Report, September, 5, 2003/vol. 52/no. 35
33. Prevention of asthma and aproaches for enhanced care in the Eastern Mediterranean Region – www.who.int
34. Projecting future complications of chronic hepatitis C in the United States – www.natap.org/2003/may/053103_4.htm
35. Public health strategies – www.who.int/vaccines/en/hepatitisb.shtml
36. Road traffic injury prevention – www.euro.who.int/transport/injuries
37. Strategia Națională de Sănătate Publică a Ministerului Sănătății
38. Statistics about Cirrhosis of the liver- www.wrongdiagnosis.com/c/cirrhosis_of_the_liver/
39. The World Health Report 2002 – www.who.int/whr
40. The Canadian consensus conference on the management of viral hepatitis – www.lhsc.on.ca/casl/cont.htm
41. The Observatory on Health Care for Chronic Conditions – www.who.int/chronic_condition
42. US Department of health and human services, national Health, Lung and Blood
43. WHO/CDS/CSR/LYO/2002 – Hepatitis B. Surveillance and control
44. Webber, R. – Communicable disease epidemiology & control, CAB INTERNATIONAL, 1998
45. www.who.int/cancer

ABUZUL ŞI DEPENDENȚA DE SUBSTANȚE PSIHO-ACTIVE

Obiective educationale:

- **sa poata motiva consumul de substante psihoactive ca problema de sanatate publica**
- **sa descrie caracteristicile epidemiologice ale consumului de droguri**

Introducere

Din cele mai îndepărtate timpuri, oamenii au căutat să obțină prin intermediul consumului de substanțe, stări agreabile, blocarea suferinței, stimularea euforizantă, somn sau uitare, fără să realizeze că de la consumul ocazional de droguri şi până la dependența, însoțită de degradarea fizică şi morală a individului nu este decât un pas.

În lume, piața drogurilor ocupă locul al doilea, după cea a armamentului, şi înregistrează anual, o cifră de afaceri de sute de miliarde $. Fenomenul consumului de droguri, şi consecințele grave ale acestuia, afectează în prezent, un procent ridicat al populației, în special al celei tinere. Adolescenții reprezintă principala grupă de risc pentru dezvoltarea consumului de alcool şi de droguri, nu numai datorită faptului că, adolescența este o perioadă caracterizată prin oscilații afective, sensibilitate şi emotivitate crescute, care predispun uneori, la decizii greşite, dar şi datorită, dorinței de identificare cu adulții, imitării obiceiurilor acestora, accesibilității băuturilor sau drogurilor, etc. În prezent, vârsta începerii consumului de droguri este în scădere.

Consumul de alcool şi de droguri reprezintă o problemă importantă de sănătate publică, datorită frecvenței crescute a consumului şi implicațiilor de natură socială şi legală (accidente, comportament antisocial, vagabondaj, violență, crimă, etc.) pentru individ şi pentru colectivitatea din care acesta face parte,.

Se spune că abuzul de substanțe este „ o crimă fără victime”, deoarece îl afectează doar pe cel care le consumă, dar, în realitate, consecințele consumului de droguri se răsfrâng şi asupra familiei, prietenilor, întregii societăți.

Afirmațiile referitoare la faptul că doar personalitățile slabe ajung să fie dependente de droguri, au fost infirmate de studiile efectuate care au dovedit că fenomenul consumului de droguri afectează aproape toate categoriile sociale şi domeniile de activitate.

În majoritatea societăților, atitudinile negative față de persoanele care se confruntă cu problemele determinate de consumul de alcool şi droguri sunt adânc înrădăcinate. „Drogații”, „alcoolicii” sunt considerați a fi bolnavi incurabili, lipsiți de caracter, agresivi, săraci, infractori, etc. Uneori, stigmatizarea acestora porneşte chiar din rândul medicilor, deşi, numeroase studii[3,4] demonstrează că tratamentul tulburărilor legate de consumul de substanțe poate avea succes, dacă personalul de îngrijire manifestă un anumit tip de atitudine pozitivă, destigmatizantă şi inițiază intervenții adecvate în vederea „pregătirii pacientului pentru schimbare”.

Generalităţi

D*rogul* este substanţa care, fiind absorbită de un organism viu, îi modifică una sau mai multe funcţii; în sens farmacologic, drogul este o substanţă utilizată sau nu în scop medical, a cărei folosire abuzivă poate crea dependenţă fizică şi psihică, sau tulburări grave ale activităţii mentale, ale percepţiei şi comportamentului.

Cunoaşterea principalelor droguri utilizate, a modului lor de administrare, precum şi a efectelor acestora are o importanţă deosebită în prevenirea abuzului.

OMS defineşte *abuzul de droguri* ca fiind orice utilizare excesivă, continuă ori sporadică, incompatibilă sau în relaţie cu practica medicală, a unui drog.

Conform D.S.M.IV şi I.C.D.10, criteriile de diagnostic pentru abuzul de o substanţă sunt următoarele:

A. Pierderea controlului asupra consumului;
B. Suferinţe/ disfuncţii cognitive, sociale, ocupaţionale;
C. Absenţa toleranţei şi sevrajului;
D. Prezenţa a cel puţin unuia din următoarele criterii:
    a. Probleme legate de efectuarea activităţilor curente la şcoală, locul de muncă, sau în familie, datorită utilizării repetate a unei substanţe psiho-active;
    b. Utilizare repetată a unei substanţe în situaţii riscante (ex. şofatul);
    c. Continuarea utilizării substanţei în ciuda consecinţelor care aduc prejudicii sociale, interpersonale, provocate/exacerbate de utilizarea substanţei;
    d. Probleme cu implicaţii legale recurente, apărute drept consecinţă a utilizării substanţei;

Consumul poate fi:

- excepţional, în scopul de a încerca odată sau de mai multe ori un drog, fără însă a continua;
- ocazional, sub formă intermitentă, fără a ajunge la dependenţă;
- episodic, într-o circumstanţă determinată;
- sistematic, caracterizându-se prin dependenţă.

Dependenţa reprezintă starea fizică sau psihică ce rezultă din interacţiunea unui organism cu o substanţă, caracterizată prin modificări de comportament şi alte reacţii, însoţite întotdeauna de nevoia de a lua substanţa în mod continuu sau periodic, pentru a-i resimţi efectele psihice şi pentru a evita suferinţele.

Criterii de diagnostic:

Prezenţa a cel puţin 3 simptome din cele prezentate mai jos, pe o perioadă de cel puţin 12 luni:

1. simptomele toleranței;

2. simptomele sevrajului anihilate de administrarea unei noi doze din substanța respectivă;

3. administrarea substanței în cantități mai mari, pe o perioadă mai lungă decât a intenționat inițial pacientul, pofta continuă combinată cu eforturiepetate de a stopa/controla administrarea substanței respective;

4. cel puțin una din următoarele consecințe ale consumului:

- perioadă de timp pierdută în activități legate de obținerea substanței sau utilizarea ei

- reducerea sau renunțarea la activități importante pentru individul respectiv datorită utilizării substanței

- utilizarea substanței chiar dacă individul este conştient de problemele somatice şi psihice, pe care aceasta i le provoacă .sau i le exacerbează

Dependența de o substanță generează suferințe grave, însoțite de semnele dependenței fizice (toleranța şi sevrajul).

Toleranța constă în dispariția treptată a efectelor unei substanțe ce este administrată repetat, pe o anumită perioadă de timp; pentru obținerea aceluiaşi efect se impune creşterea progresivă a dozei. Toleranța se caracterizează prin:

- reversibilitate (după un timp de la întreruperea consumului se restabileşte sensibilitatea inițială),
- specificitate (toleranța nu este o proprietate generală pentru toate substanțele, ci numai pentru unele din acestea),
- selectivitate (toleranța nu se instalează pentru toate efectele pe care le exercită o substanță asupra unui organism).

Toleranța nu creează însă, o imunitate totală şi nelimitată în timp, la organismul care s-a obişnuit cu toxicul. Efectul pe termen lung este instalarea unei intoxicații cronice, cu consecințe grave asupra stării de sănătate.

Sevrajul reprezintă ansamblul simptomelor fizice şi psihice care apar atunci când un individ este privat de drogul de care a devenit dependent. Cel mai sever sevraj se manifestă la heroină prin: tremor puternic, dureri articulare şi musculare, dureri abdominale, simptome specifice gripei (greață, vărsături, febră, frisoane, transpirații), nelinişte, insomnie.

Epidemiologie

În România, începând cu anul 1990, schimbările sociale, politice şi economice, au determinat evoluția ascendentă a fenomenului consumului de droguri . România a devenit inițial o zonă de tranzit pentru traficul de droguri, datorită amplasării geografice, la intersecția marilor căi de comunicație europene, regăsindu-se pe fiecare din cele cinci variante ale Rutei Balcanice a Drogurilor, iar ulterior, o piață profitabilă de consum a drogurilor. Până în anul 1999, nu s-a efectuat în România nici un studiu epidemiologic privind consumul de droguri, la nivel național. În anul 2000, date epidemiologice au fost furnizate de:

- proiectul național ESPAD (*European Survey Programme for Alcohol and Drugs*-Programul European de Cercetare pentru Alcool şi Droguri) realizat în rândul tinerilor de 15 ani.

- proiectul PHARE „*Asistență Tehnică pentru Reducerea Cererii de Droguri*" în cadrul căruia, România a participat alături de Ungaria şi Slovacia la derularea proiectului „Tehnici noi de educație pentru reducerea cererii de droguri" în trei județe pilot Galați, Dolj şi Timişoara;

- numărul persoanelor care au necesitat servicii medicale pentru dezintoxicare şi servicii medicale de urgență;
- indicatori indirecți: capturile de droguri (cantități şi tipuri de droguri), date cu privire la piețele ilicite de desfacere, numărul şi categoriile de persoane cercetate pentru trafic şi deținere ilegală de droguri, rapoarte de constatare medico-legală;
- date furnizate de diferite instituții şi organizații non-guvernamentale.

În Europa, studiul ESPAD, a estimat ponderea elevilor în vârstă de 15-16 ani, consumatori de cannabis la 35% în Cehia, 26% în Slovenia, 18% în Polonia, 12% în Ungaria. În aceste țări, rata utilizării acestui drog a crescut cu 80% între anii 1995 şi 1999.

În România, studiul ESPAD reprezentând o cercetare efectuată la nivel național privind consumul de alcool, tutun, şi droguri în rândul elevilor din clasa a IX-a a evidențiat următoarele:

- 95,2% din populația masculină şi 96,5% din populația feminină care au răspuns au declarat că nu au consumat niciodată un drog;
- dintre consumatorii declarați, băieții au menționat marijuana şi hashish-ul ca fiind primele droguri consumate, iar fetele, tranchilizantele şi sedativele;
- principala sursă de obținere a drogurilor este anturajul de prieteni care le oferă sau le vând aceste substanțe; 12% din băieți au împărțit drogul cu ocazia primului consum;
- principalul motiv pentru care tinerii doresc să consume droguri este curiozitatea; doar 0,9% dintre băieții consumatori au declarat drept motiv – dorința de a uita de probleme;
- marea parte a tinerilor au declarat că nu au prezentat un comportament agresiv față de alte persoane;
- în general, se plâng de incertitudinea viitorului şi nu acordă multă atenție regulilor sociale general acceptate.

În anul 2000, Centrul de Studiu al Opiniei Publice (CSOP) a efectuat un studiu al fenomenului consumului de droguri ilicite în populația generală. Obiectivele acestuia au fost:

- determinarea prevalenței consumului de droguri ilegale;
- determinarea opiniilor, atitudinilor şi comportamentelor consumatorilor de droguri ilegale;
- determinarea opiniilor, atitudinilor şi comportamentelor neconsumatorilor;
- aprecierea nivelului de informare al populației în ceea ce priveşte consumul de droguri;

Rezultatele studiului au arătat că:

- prevalența consumului în populația generală este de 1‰;
- referitor la opinia populației în legătură cu consumul de droguri, majoritatea respondenților (86,3%) au apreciat că, în România, consumul de droguri reprezintă o problemă importantă;
- un procent de 42% din subiecții intervievați nu cunosc ce înseamnă drog ilegal şi drog legal, iar 18% din subiecți nu cunosc numele nici unui drog;
- cele mai cunoscute droguri au fost: cocaina 50%, marijuana 42%, heroina 42%, haşiş 30%;
- printre motivele care determină consumul de droguri au fost menționate problemele de ordin material, emoțional, teribilismul, curiozitatea. Curiozitatea ocupă primul loc printre aceste motive.

Conform altor studii[12], în intervalul 1992-1995, în Bucureşti s-au înregistrat câte 2-3 cazuri anuale de intoxicații acute; surse ale poliției înregistrau între 1989-1996, un număr de 225 persoane cert dependente; în 2002 s-au înregistrat 1577 cazuri de consumatori cărora li s-a acordat asistență medicală, dintre acestea 971 erau cazuri noi, iar 606 erau cazuri de recidivă; la nivel național, în 2002 au fost confiscate 43 764 kg droguri , ceea ce reprezintă 92,6% din totalul drogurilor capturate în România după anul 1990.

Principalele caracteristici ale fenomenului consumului de droguri la sfârşitul anului 1999 erau următoarele:

- în 1999, consumul de droguri s-a extins pe tot teritoriul țării; a crescut numărul deținătorilor şi consumatorilor de droguri
- calea de administrare diferă în funcție de drogul utilizat dar şi de efectul pe care consumatorul de droguri îl urmăreşte; administrarea pe cale intravenoasă este utilizată uneori, chiar de la prima administrare;
- s-a extins uzul unor medicamente cu conținut psihotrop, al benzodiazepinelor şi barbituricelor administrate sau nu în amestec cu alcool;
- consumul amfetaminelor s-a extins în rândul tinerilor;
- cele mai utilizate droguri ilicite în România (exceptând alcoolul, tutunul şi cafeaua, considerate licite) sunt cannabisul, cocaina, opiaceele, gazele volatile, amfetaminele, benzodiazepinele, barbituricele, L.S.D.

Clasificarea drogurilor

A. după *efectul asupra SNC*:
    1. inhibitoare ale SNC (psiholeptice): opiacee (opiu, morfina, derivații de morfină -heroina, metadona, petidina -, codeina), cannabis, barbiturice, tranchilizante, solvenți, gaze volatile, alcool;
    2. stimulatoare ale SNC (psihoanaleptice): cocaina, amfetamine, crack-ul, nicotina, cofeina;
    3. psihodisleptice (droguri halucinogene ce produc modificări ale SNC ce afectează sfera cognitivă şi perceptuală): derivate de cannabis (haşiş, marijuana), plante şi ciuperci exotice cum ar fi LSD, Extasy, Phenciclidina (PCP), Peyote (mescalina), Psilocybina şi Psilocyna;

B. după *origine*: naturale, de semisinteză, de sinteză;

C. din punct de vedere *psihofarmacologic:*

- "Euforica": diminuă percepția senzorio-afectivă, induc stări de confort afectiv şi psihic (opiu şi alcaloizii);
- "Fantastica": prin excitație psihică dezvoltă productivitate senzorială psihotică, iluzii, halucinoze (haşiş, cannabis, LSD);
- "Inebrantia": determină inițial o fază de excitație, iar ulterior, deprimarea funcțiilor psihice (alcool, eter, cloroform);
- "Hipnotica": au drept efect inducerea somnului (barbiturice);
- "Excitantia": au acțiune psihostimulativă (cofeina, nicotina, amfetaminele).

D. după *regimul juridic al substanțelor:* substanțe ale căror fabricare şi administrare sunt supuse controlului (morfină, barbiturice, etc.), substanțe total nepermise (LSD, heroină, etc.)

În funcție de gravitatea consumului, consumatorii se împart în 4 categorii:

- ocazionali – consumă droguri în doze moderate, în scop recreativ sau experimental
- „ de week-end ” – consumă doze mari, intermitent, au risc de trecere la consum cronic; trăiesc următorul ciclu de trăiri emoționale: consum-culpabilizare-remuşcare-nevoie de consum crescut;
- toxifilici – consum regulat de doze moderate, cu convingerea iluzorie că pot renunța oricând;
- toxicomanii – consumă regulat droguri diferite, în doze mari, sunt dependenți fizic şi psihic. Această ultimă categorie de consumatori poate avea starea de sănătate grav alterată de infecții, SIDA, embolie pulmonară, tulburări funcționale ale diferitelor organe, tulburări de nutriție, boli psihice cu tulburări de percepție (halucinații), tulburări de personalitate (delir), demență, risc crescut de accidente, malformații fetale în sarcină.

Complexitatea aspectelor clinico-psihologice pe care le presupun toxicomaniile a determinat şi alte tentative de clasificare. Astfel, pe *plan motivațional*, Antoine şi Maurice Porot disting trei *tipuri de toxicomanii*:

- toxicomanii justificate/ iatrogene, care includ cazurile în care, pentru o boală cronică dureroasă, sunt recomandate analgetice puternice, în special, derivați de opiu;

- toxicomanii prin perseverare, care sunt iatrogene inițial, prescripția medicației antialgice fiind doar episodică; ulterior, păstrând amintirea agreabilă a efectului substanței, individul recurge la folosirea ei, exclusiv în vederea reeditării acestuia, pentru suprimarea unei stări de disconfort psihic

- toxicomanii primitive prin perversiune, în care individul consumă drogul pentru a evada din realitatea deprimantă, pentru a obține senzații noi, etc.

Considerând că nu există o personalitate specifică a toxicomanilor, ci *conduite* ***toxicomanice*** **care se integrează într-un context nevrotic sau psihotic , H. Loo (1970) distinge două tipuri de toxicomanii:**

- toxicomanii psihopatologice – durabile, care apar la indivizii cu trăsături psihopatologice certe, fără a se putea preciza măsura în care aceste trăsături preexistau abuzului de droguri sau sunt consecința acestuia;

- toxicomanii socio-culturale – experiențe ocazionale, ale unor indivizi fără structură psihopatologică, dar care se pot complica devenind toxicomanii psihopatologice

Oughourlian (1974) propune o *clasificare sociologică* a toxicomaniilor, diferențiind:

- toxicomanii solitare sau individualiste, care antrenează sentimentul de culpabilitate față de societate;

- toxicomanii de grup sau comunitare, care constituie o activitate marginală în raport cu societatea, percepută drept rejectantă şi represivă; sentimentul de culpabilitate al consumatorului lipseşte, individul consideră că este preferabil să se integreze microgrupului său prin drog, decât societății, prin asimilarea valorilor ei depăşite;

- toxicomaniile de masă, care se dezvoltă cu asentimentul societății – toxicomanii etnologice (cultul lui Dionysos), toxicomanii sociale (consumul de alcool la europeni şi nord-americani), consumul de drog drept modalitate de a face față stressului cotidian (tutun, ceai, cafea, barbiturice, tranchilizante în țările europene şi nord-americane, coca în America de Sud, haşiş în unele țări arabe).

Etiologie

Zinberg (1984) elaborează modelul tridimensional (drog – persoană - mediu) al etiologiei consumului de droguri. Astfel, declanşarea consumului este determinată de caracteristicile persoanei (predispoziție genetică, tip de personalitate, comportament, vârstă, sex), mediului (familial, social, cultural, zona geografică de rezidență) şi substanței (proprietăți farmacologice, disponibilitate, licită/ ilicită).

J.S.Cook (1991) precizează următoarele motive care determină apariția comportamentului de consum :

- curiozitatea, dorința de senzații noi;
- teribilismul - tentația fructului oprit, a riscului; consumul de droguri este perceput drept excitant şi provocator;

- presiunea grupului şi nevoia de apartenenţă la grup;
- problemele sociale sau familiale – mediul social ostil, mediul familial conflictual, divorţul părinţilor, abuzul sau indiferenţa lor, părinţi consumatori de substanţe;
- izolarea sau neintegrarea în colectivitate şi societate - consumul de droguri apare drept reacţie la singurătate, stimă de sine scăzută, lipsa încrederii în propria persoană;
- accesibilitatea crescută la droguri;
- absenţa unei informări adecvate privind consecinţele consumului de droguri;
- imitarea comportamentului adulţilor;
- eşecuri şcolare;
- stress, anxietate;
- personalitate vulnerabilă;
- tulburări de comportament precoce.

Se presupune de asemenea, că anumite tulburări psihodinamice ar putea determina comportament de consum de alcool sau de droguri:

- teoria freudiană a fixaţiei sau regresiei orale susţine ideea că la nivel psihic, individul rămâne fixat în stadiul oral, iar consumul de alcool reprezintă un mecanism regresiv, eliberator în faţa unei realităţi generatoare de anxietate;

- auto şi heteroagresivitate - consumul drogului presupune autodistrugerea, mai mult sau mai puţin conştientă a sănătăţii proprii, fizice şi psihice, iar în acelaşi timp, este şi rejectant, culpabilizant şi provocator faţă de cei din jur;

- depresie - consumul drogului reduce durerea morală, reprezintă un mecanism de apărare împotriva depresiei;

- perversiune instinctuală – priza toxică apare erotizantă prin senzaţiile pe care le induce;

Strategii preventive şi terapeutice

Prevenţia primordială are în vedere diminuarea accesibilităţii la substanţele psiho-active. Scăderea consumului este direct proporţională cu reducerea locurilor de vânzare şi invers proporţională cu preţul.

Obiectivul prevenţiei primare, de a evita iniţierea consumului substanţelor psiho-active, se poate realiza prin:

- diminuarea motivaţiei iniţierii consumului la tineri prin mesaje adecvate;
- diseminarea de informaţii relevante referitoare la consecinţele adicţiei, la mai multe niveluri (familie, şcoală, comunitate), prin mai multe canale (mass-media, şcoală, părinţi, medici, cluburi);
- luarea de măsuri menite să limiteze factorii de risc şi să întărească factorii de protecţie.

Locul ideal pentru implementarea programelor educaţionale dedicate prevenţiei primare în alcool şi droguri este şcoala, care ocupă un loc important în viaţa adolescenţilor şi constituie spaţiul în care se regăsesc toate grupurile ţintă, cu risc crescut, alături de profesorii cu abilităţi în domeniul educaţiei.

Este preferabil ca mesajele transmise tinerilor să se focalizeze pe efectele intoxicaţiei acute, deoarece efectele cronice (ciroză, sindrom amotivaţional, etc.), fiind mai îndepărtate de consumul imediat, pot rămâne indiferente pentru aceştia. Dezirabil este, ca aceste mesaje să fie incluse într-o strategie mai largă de promovare a unui „model comportamental sănătos" şi de îmbunătăţire a stilului de viaţă, care să responsabilizeze adolescentul, faţă de propria atitudine în faţa tentaţiei de a începe utilizarea unui drog.

Dată fiind variabilitatea factorilor de risc şi de protecţie, măsurile de intervenţie trebuie să fie diversificate, adaptate contextului situaţional.

Intervenţiile de prevenţie destinate mediului familial au în vedere:

- educaţia părinţilor în vederea dobândirii de abilităţi de comunicare intrafamilială;
- oferirea de suport familiilor care nu îşi pot asigura nevoile de hrană, locuinţă, slujbă, sau ai căror membri sunt afectaţi de probleme de sănătate fizică sau mintală;
- psihoterapia de familie.

Până acum următoarelor activităţi de prevenţie au fost desfăşurate:

1. *Educaţia pentru sănătate* derulată în cadrul programelor naţionale de sănătate publică include activităţi de informare-educare-comunicare desfăşurate prin intermediul campaniilor în toate cele 41 de judeţe şi în Bucureşti.

În baza unui ordin comun între Ministerul Educaţiei Naţionale şi Ministerul Sănătăţii începând cu anul şcolar 1999-2000, au fost introduse în programa şcolară opţională şi obligatorie, orele de educaţie pentru sănătate. În cadrul acestor ore sunt prevăzute teme legate de problematica drogurilor.

2. *Studii de cercetare calitativă şi cantitativă a fenomenului consumului de droguri*:

- studiul ESPAD

- programul PHARE – „Metode noi de educație pentru reducerea cererii de droguri”
- Studiul cantitativ şi calitativ al fenomenului consumului de droguri realizat de Centrul de Sondaj al Opiniei Publice.

3. *Traducerea manualului OMS* „Tinerii şi consumul de droguri”

4. *Înființarea centrelor de consiliere în problematica drogurilor*

Prevenția secundară vizează diminuarea consecințelor negative ale consumului atunci când acesta a început. Prevenția terțiară (reabilitarea) urmăreşte reinserția socială, familială şi profesională, reducerea deficitului funcțional datorat caracterului evolutiv cronic şi potențialului desocializant al dependențelor la substanțele psiho-active.

Dată fiind complexitatea problematicii persoanei dependente, elaborarea planului terapeutic[12] se face ținând cont de următorii factori:

- numărul şi tipul substanțelor folosite;
- severitatea dependenței şi a dizabilității induse de aceasta;
- comorbiditățile psihiatrice şi somatice;
- constelația individuală de factori de risc şi de protecție;
- contextul anturajului şi cel cultural şi social în care individul trăieşte şi în care tratamentul se va desfăşura.

Tratamentul cuprinde: *terapia medicamentoasă*, intervenția *psihoterapică, şi intervenția de reinserție socială* şi *vocațională*.

Principiile tratamentului eficient în adicțiile la substanțe psiho-active elaborate de NIDA (*National Institute of drog addiction* din SUA), sunt următoarele:

1. Nici o singură metodă terapeutică nu este adecvată în totalitate tuturor indivizilor. Găsirea şi prescrierea intervențiilor şi serviciilor cele mai adecvate nevoilor individului este esențială pentru realizarea obiectivului de recuperare funcțională, familială, ocupațională şi socială.

2. Tratamentul trebuie să fie oricând disponibil şi accesibil, astfel încât să nu se rateze momentele oportune, în care o persoană dependentă doreşte să intre în tratament, momente care, de multe ori, survin neaşteptat şi nesperat.

3. Pentru a fi eficient, tratamentul trebuie să răspundă nevoilor multiple ale individului (medicale, psihologice, sociale, profesionale, legale).

4. Planul de tratament trebuie evaluat în dinamică şi modificat ori de câte ori este necesar, în încercarea de a răspunde nevoilor pacientului care se modifică în timp.

5. Eficacitatea tratamentului depinde de durata acestuia. Durata adecvată a terapiei depinde de nevoile individuale ale persoanei. În cazul majorității pacienților, cercetările au demonstrat că, un anumit prag al unei ameliorări semnificative nu poate fi atins decât la circa 3 luni de tratament.

Abandonul terapeutic este frecvent întâlnit. Din acest motiv, programele de intervenție trebuie să includă strategii speciale, care să contribuie la implicarea şi menținerea pacienților în tratament atât timp cât este necesar.

6. Consilierea (individuală sau de grup) şi alte terapii comportamentale sunt componente de bază ale unui tratament care se dovedeşte eficace. Întărirea motivației, construirea abilităților de a rezista consumului, înlocuirea activităților de consum, cu altele, constructive, ca şi ameliorarea abilităților de rezolvare a conflictelor sunt obiective terapeutice importante.

7. Tratamentul farmacologic este un element important al terapiei pentru cea mai mare parte a pacienților, dar trebuie îmbinat cu consilierea şi cu alte terapii comportamentale.

8. Persoanele dependente, sau cele care utilizează abuziv o substanță la care există o comorbiditate psihiatrică trebuie tratate integrat, pentru ambele probleme.

9. Eficiența tratamentului nu depinde doar de participarea voluntară şi de motivația individului. Sancțiunile sau/şi promisiunile care se practică de obicei în familii, pe tema acceptării inițierii tratamentului, programele disponibile la locul de muncă, sau în sistemul judiciar de detenție pot creşte semnificativ atât aderența la tratament, cât şi menținerea în terapie pe durată adecvată.

10. Consumul ocazional (care poate anticipa sau nu recăderea propriu-zisă) poate apărea oricând în decursul tratamentului. Monitorizarea pentru consumul oricărui tip de substanță, prin analiza urinei sau utilizarea altor teste contribuie semnificativ la evitarea recăderilor.

11. Programele terapeutice trebuie să permită evaluarea pentru HIV/SIDA, hepatita B, C, tuberculoza, alte boli infecțioase şi să asigure consilierea, menită să determine schimbarea comportamentului care, să reducă riscul pacientului de a se auto-infecta sau a-i infecta pe alții.

12. Vindecarea poate fi un proces de lungă durată, care necesită episoade repetate de tratament, datorită evoluției cronice, cu recăderi, care apar după/în timpul unui tratament finalizat cu succes. Marlatt şi Gordon (1985), au identificat trei tipuri de situații de risc crescut pentru recădere: stările emoționale negative, conflictele interpersonale şi presiunea socială.

Obiectivele medicației psiho-farmacologice:

-tratarea intoxicației şi sevrajului (ex. metadonă, clonidină în dependența la opiacee, benzodiazepinele în alcoolism, etc.)

-combaterea craving-ului (ex. naltrexonă în dependența la heroină, etc.)

-medicație aversivă (disulfiram)

-medicație de substituție cu agoniști (metadonă, buprenorfină)

-medicație destinată tratării comorbidităților psihiatrice (antidepresive, anxiolitice, stabilizatoare ale dispoziției, etc.)

Conceptul de reducere a riscului, „harm reduction" poate fi inclus în cadrul prevenției secundare. Cele mai cunoscute intervenții de tip „harm reduction" sunt cele care urmăresc diminuarea riscului de

contaminare virală (HIV, hepatite B şi C) prin utilizarea în comun de către utilizatorii de droguri intravenoase, a acelor şi seringilor.

Alte tipuri de intervenţii de tip „harm reduction" sunt destinate reducerii riscului determinat de consumul de alcool, şi constau în programe de training pentru vânzătorii de băuturi alcoolice sau pentru conducătorii auto şi urmăresc inducerea la aceste categorii profesionale a unui comportament responsabil faţă de consumul de alcool. Astfel, vânzătorii trebuie să coopereze la acţiunea de scădere a accesibilităţii adolescenţilor la băuturile alcoolice, iar şoferii trebuie să înveţe să evite situaţiile în care ajung să şofeze în stare de intoxicaţie acută.

Intervenţia psihosocială de reabilitare se realizează prin tehnici cognitiv-comportamentale, terapii psihodinamice, interpersonale, de grup şi maritale.

Intervenţia psihoterapică

După Vormer & Davis (2003), cele 6 nevoi primordiale ale persoanei dependente, de a căror îndeplinire depinde succesul demersului terapeutic sunt următoarele:

- nevoia de a se identifica pe sine ca o fiinţă umană competentă;
- nevoia de a deţine controlul, de a putea alege în cunoştinţă de cauză;
- nevoia de speranţă;
- nevoia de a avea un scop;
- nevoia de a avea sentimentul succesului, a atingerii obiectivelor propuse;
- nevoia de a avea în preajmă cel puţin o persoană de încredere care să îi ofere sprijinul;

Eficienţa psihoterapiei depinde de calitatea relaţiei terapeutice care se stabileşte între terapeut şi client. Următoarele atitudini ale terapeutului sunt favorabile consolidării alianţei terapeutice:

- atitudinea de acceptare, de destigmatizare, cu evitarea moralizării clientului;
- naturaleţea, sinceritatea, transparenţa;
- terapeutul trebuie să evite să se prezinte drept expert;
- să fie de partea clientului, chiar dacă dezaprobă metodele prin care acesta obţine ceea ce doreşte;
- să, dar totuşi nu trebuie să lase pacientul să plece cu convingerea că a reuşit să îl manipuleze prin minciună
- să fie flexibil cu programul întâlnirilor, dar nu foarte flexibil;
- să fie de încredere;
- evitarea confruntării directe, în favoarea unei confruntări empatice, suportive
- încurajarea clientului în menţinerea contactului în cazul unei recăderi.

Odată ce alianţa terapeutică a fost stabilită, adicţia poate fi definită ca problemă în terapie, la care clientul şi terapeutul pot lucra împreună.

Evaluarea motivaţiei pentru schimbare este esenţială pentru abordarea ulterioară a pacientului şi se realizează prin interviul motivaţional.

Prochaska-DiClemente (1986) au elaborat ciclul schimbării, un sistem de evaluare a motivației clientului pentru schimbare:

- în stadiul precontemplativ – aspectele negative ale adicției sunt ignorate;
- în stadiul contemplativ – apare conştientizarea problemelor legate de uzul de substanțe;
- în stadiul preparativ – clientul se angajează în mici comportamente de schimbare;
- în stadiul acțiunii – optează pentru detoxifiere, apar schimbări care durează 24 de ore;
- în stadiul de menținere – schimbările durează minimum 6 luni;

Interviul motivațional este o tehnică cognitiv-comportamentală prin care, pacientul este ajutat să-şi rezolve ambivalența legată de schimbare şi să se angajeze în procesul de schimbare. Responsabilitatea pentru schimbare aparține însă pacientului.

Pentru realizarea acestor obiective, următoarele aspecte se doresc a fi respectate în cadrul interviului motivațional:

- ascultarea empatică , în absența criticii sau culpabilizării pacientului, care conduce la crearea unei atmosfere pozitive de acceptare şi înțelegere a sentimentelor acestuia, precum şi, la evidențierea ambivalenței.
- evidențierea discrepanței între comportamentul prezent şi obiectivele clientului.
- evitarea confruntării directe, care determină opoziție din partea clientului, apariția rezistențelor şi a mecanismelor de apărare.
- rezistența şi ambivalența trebuie considerate aspecte naturale şi inevitabile în cadrul demersului terapeutic pentru schimbare, terapeutul nu trebuie să impună noi perspective, ci doar să le propună.
- este necesară întărirea încrederii clientului în capacitatea sa de a se confrunta cu obstacolele şi de a reuşi să se schimbe.

Ulterior, terapia cognitiv-comportamentală urmăreşte construirea şi menținerea unor comportamente alternative celor care au condus la adicție, comportamente care să ajute persoana dependentă să devină aptă să reziste presiunii sociale, să controleze stressul, să câştige abilități de auto-relaxare, să-şi crească asertivitatea şi capacitatea de comunicare interpersonală (Chaney, 1978, Monti 1989, Wills, 1985).

Tulburările legate de consumul de substanțe pot fi considerate drept un fenomen cronic, evoluând cu remisiuni şi recăderi, dar nu incurabil.

Bibliografie

1. Corciovei I., Farmacologie, 2000;
2. Friedman Carol, Psihiatrie, editura Ex ponto, 2000;
3. Fundația Jellineck, Abuzul şi dependența de substanțe psihoactive, editura Medica, 2004
4. Fundația Jellineck, Prevenirea recăderilor în tulburările legate de consumul de substanțe, editura Medica, 2004
5. Harrison, Principiile Medicinei interne, ediția 14/II, editura Teora, 2001;
6. Merck, Internal Medicine CD;
7. Oancea Constantin, Manual de nursing psihiatric, editura Vavila Edinf SRL, Bucureşti 2004
8. Oancea Constantin, Tehnici de sfătuire/ consiliere, editura Vavila Edinf SRL, Bucureşti, 2002
9. Plăviţu Ileana, Semiologie şi patologie psihiatrică, 2001;
10. Porot Marcel, Toxicomaniile, editura Ştiințifică, 1998;
11. Predescu V., Psihiatrie, editura Medicală, 1998;
12. Prelipceanu Dan, Ghid de tratament în abuzul de substanțe psiho-active, 2001, editura Infomedica;
13. www.saratoga.ro
14. www.nolabel.info
15. www.medfam.ro
16. Kaplan&Sadock, Manual de psihiatrie clinică, editura Medicală, 2001
17. Buisman W. Prevenția abuzului de droguri în rândul tinerilor, Revista Română de Psihiatrie, Ed. Infomedica, vol IV, nr. 2, 2002
18. Abraham P., Prevenire şi consiliere antidrog, Agenția Națională Antidrog, 2004.